This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

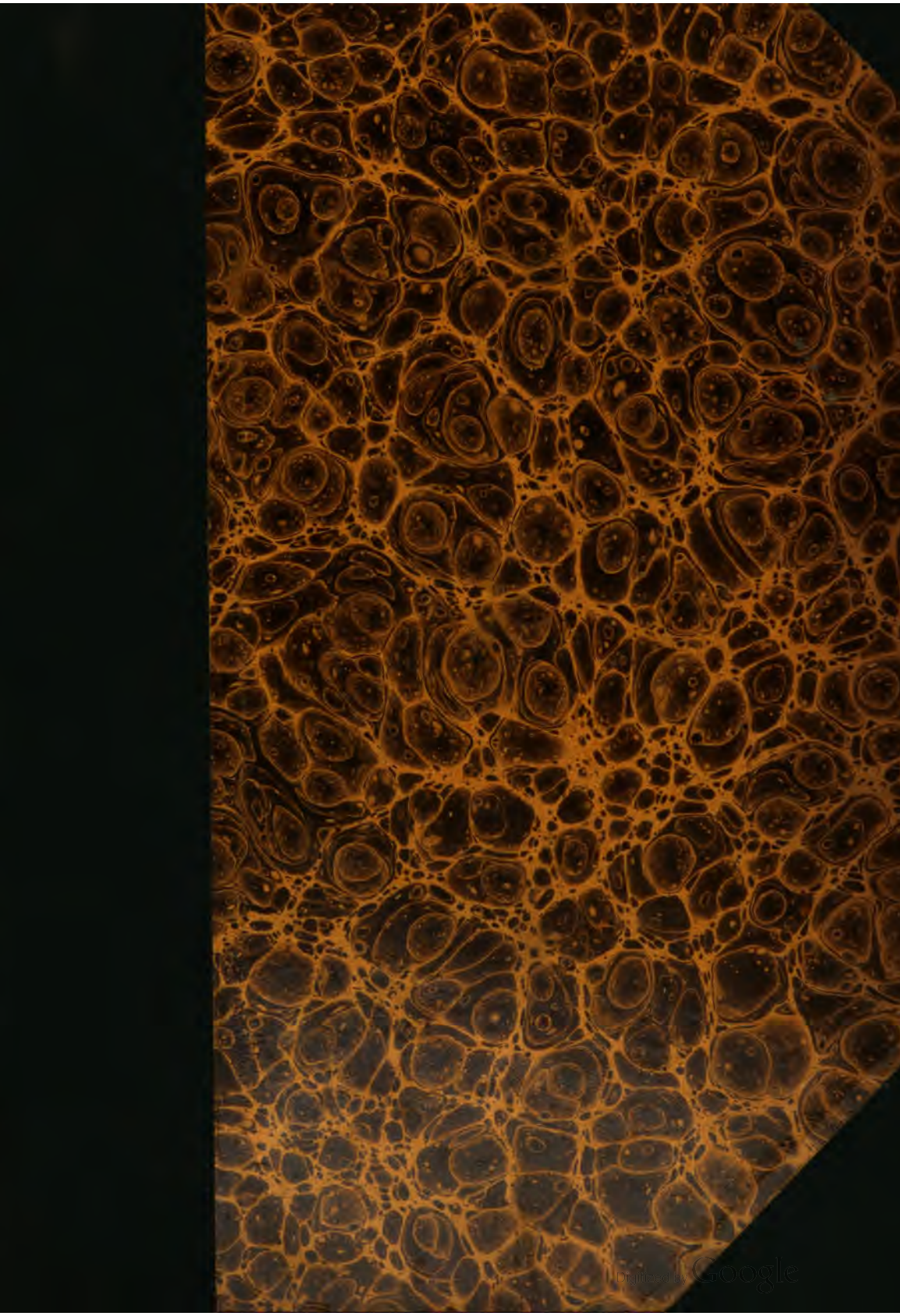
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`


Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter

Mitwirkung verschiedener Fachärzte

herausgegeben

von

Sanitätsrat Dr. Sonnenberger,
Spezialarzt für Kinderkrankheiten in Worms.

XVIII. Jahrgang 1907.

Benno Konegen Verlag.
LEIPZIG.
1907.

Digitized by Google

BOSTON MEDICAL
JUN 24 1908
LIBRARY.

CATALOGUED
JUN 24 1908
E. H. B.

Digitized by Google

10556

Register

zum Jahrgang XVIII des „Kinderarzt".

Originalien.

Baron, Säuglingsfürsorge und Mutterschutz 169.

Büttner, Geistig Minderwertige beim Militär und vor Gericht 15.

— Fürsorgebestrebungen für geistig Minderwertige 79, 101.

— Die Schwachbegabten an höheren Schulen 265.

Cahen-Brach, Gemeinsame Tagung der Vereinigungen rheinisch-westfälischer und südwestdeutscher Kinderärzte zu Wiesbaden 225.

Engelmann, Über das Verhältnis der Skrofulose zur Tuberkulose 97.

Fürst, Die Konsolidierung des kindlichen Knochens 2.

Kühner, Über Erziehung 4.

— Kinderschutz 52.

— Lungentuberkulose bei Kindern 73.

— Kindersterblichkeit und Milchversorgung 121, 151.

— Neue Beiträge zur Kenntnis der verderblichen Wirkungen ungeeigneter Saugvorrichtungen, namentlich des sog. Schnullers 193.

— Artfremde Milch 222.

— Mutterschaftsversicherung 247.

Rembe, Über Spontanheilung eines Empyems 272.

Quey, Sitzungsberichte der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte 174, 176.

Sonnenberger, 1. Kongreß für Kinderforschung und Jugendfürsorge zu Berlin 35, 49.

Sonnenberger, Über Ferienkolonien und Erholungsheime für kränkliche u. schwächliche Schulkinder als Hauptmittel zur dauernden Kräftigung der kindlichen Gesundheit 217, 241.

Trumpp, Tuberkulose des Urogenitalapparates beim Mädchen 145.

Referate.

Andrien, Pott'sche Krankheit und Infantilismus 178.

Apert, Diagnose der eitrigen Pleuritis beim Kinde 39.

Apfelstedt, Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, spez. des Brechdurchfalls 12.

Aschaffenburg, Über Epilepsie und epileptische Zustände im Kindesalter 227.

Ascher, Abnahme der Säuglingssterblichkeit in Königsberg i. Pr. 257.

Audéond, Foudroyante Purpura 114.

Babonneix, Echinokokkuszysten des kindlichen Gehirns 60.

— Der Größenwahn in der allgemeinen progressiven Paralyse des Kindesalters 67.

Baginsky, Impressionabilität der Kinder unter dem Einfluß des Milieus 36.

Balasz, Zur Verhütung der Scharlachnephritis mit Helmitol 58.

Barret, Wert der Röntgendurchleuchtung des Thorax beim Kinde 88.

Baumgarten, Das Alypin bei Nasen-, Hals- und Kehlkopfkrankheiten 17.

Digitized by Google

Bäumer, Über ein lösliches Schwefelpräparat „Thiopinol" (Matzka) und die Thiopinol-Seife 261.
Behrens und Schiller, Säuglingsfürsorge in Karlsruhe 256.
v. Behring, Mein Tuberkulosebekämpfungsprogramm 7.
Bendix, Die Barlow'sche Krankheit 156.
Beriel, Fall von spontaner geburtshilflicher Facialis-Paralyse 138.
Berkholz, Pylorusstenose der Säuglinge 233.
Bernhard, Über den Schlafmangel Berliner Gemeindeschüler 37.
Bishop, Arterielle Hypotension konstitutionellen Ursprungs bei Kindern 199.
Broca und Herbinet, Über Osteopsathyrosis oder die essentielle Knochenbrüchigkeit 89.
v. Bunge, Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen, ihre Kinder zu stillen 61.
Bürkner, Verwendbarkeit des Alypins in der Ohrenheilkunde 280.
Cohn-Kirdborg, Heißluftherapie bei Emphysem, chronischer Bronchitis und Asthma bronchiale 159.
Concetti, Appendizitis mit linksseitigen Symptomen 181.
Damaschke, Über Wohnungsnot und Kinderelend 90.
Deguy und Detot, Metadiphtheritische Pleuritis 12.
Dehne, Über den Betrieb der Schutzstelle des Vereins „Säuglingsschutz" in Wien 1905 19.
Deutsch, Technische Einrichtungen zur Gewinnung guter Säuglingsmilch 276.
Deutschmann, Hyperämiebehandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose 197.
Dhéry, Die Tuberkulose des Schambeins beim Kinde 177.
Dietrich, Die Säuglingssterblichkeit in Preußen 18.
Dopter, Lokale Wirkung des Antidiphtherie-Serums 87.
Dunbar, Akute infantile Darminvagination 179.
Eisenberger, Jodofan als Jodoformersatzmittel 207.
Elschnig, Therapie des Trachoms 260.
Engel, Verhalten des Lymphgefäßsystems der Lungen bei septischen Erkrankungen der Lunge und Pleura 175.
— Photogramme topographischer Lungenschnitte 175.
— Der körperliche Zustand von Proletarierschulkindern 227.
Fabre und Thévenot Observations de goitre parenchymateux chez le nouveau-né 274.
Feliciano, Über Meningitis bei Parotitis 134.
Felisch, Über die Fürsorge für die schulentlassene Jugend 50.
Feuchtwanger, Die Ernährung mit holländisch Säuglingsnahrung 39.
Floret, Meine Erfahrungen mit Novaspirin 186.
Flügge, Verbreitungsweise und Bekämpfung der epidemischen Genickstarre 231.
Friedmann, Über Histosan 86.
Fröhlich, Die heutige Therapie der Basedow'schen Krankheit 232.
Fürst, Zur Frage der Wöchnerinnen-Ernährung und Kinder-Diät 15.
Ganghofer, Therapeutische Verwendung des Tuberkulins im Kindesalter 249.
Guinon und Pater, Nierenkomplikationen bei Impetigo und Ekzema impetiginosum 160.
Günther, Seltene Formen der Diphtherie 272.
Gutzmann, Über Sprachstörungen des kindlichen Alters 91.
Haase, Epidemie von hysterischem Laryngismus 255.
Heller, Über phychasthenische Kinder 37.
Herxheimer, Über die pathologische Anatomie der kongenitalen Lues 228.

Digitized by Google

Heubner, Über das Vorkommen der Idiotie in der Praxis des Kinderarztes 51.
Hirsch, Die Wiesbadener städtische Säuglingsmilchanstalt und die damit verbundene Mutterberatungsstelle 230.
Hoffa (Berlin), Über das Marmorek-Serum in der Therapie der chirurgischen Tuberkulose 83.
Hoffa (Barmen), Pläne des neuen Säuglingsheims zu Barmen 230.
Holmgren, Über Verknöcherung und Längenwachstum bei Morbus Basedowii 114.
van Huellen, Behandlung der Tuberkulose mit Antituberkulose-Serum Marmorek 54.
Jezierski, Verhalten der Pupillen bei Erkrankungen des Wurmfortsatzes 202.
Joet, Salizylspirituskompressen bei Scharlach, Zerebrospinalmeningitis etc. 164.
Kaupe, Ätiologie des Pemphigus neonatorum non lueticus 174.
Klotz, Über Säuglingsernährung mit Hanfsuppen 275.
Knöpfelmacher, Entstehung des Icterus neonatorum 259.
Kramer, Einige Beobachtungen über die Funktion der weiblichen Brustdrüse 177.
Krasnogorsky, Ausnutzung des Eisens bei Säuglingen 162.
Kulemann, Die forensische Behandlung der Jugendlichen 49.
Langstein, Diagnose und Behandlung der Zystitis und Pyelitis im Kindesalter 201.
Lapinski, Gipskristalle im menschlichen Harn 115.
Lehndorff, Lymphocytholeukämie im Kindesalter 184.
Leiner, Haarausfall bei hereditärer Lues 54.
Lévai, Die Kinderschutzaktion in Ungarn 92.
— Veronal in der Kinderpraxis 205.
Looser, Veränderungen der Knochen beim Skorbut und der Barlöwschen Krankheit 45.
Lugenbühl, Ein Fall von Myatonia congenita 229.
— Fall von angeborener Hydronephrose 230.
Maas, Frl., Ein Fall von Rumination beim Säugling 229.
Magrassi, Chirurgische Intervention zur Extraktion von Münzen aus dem kindlichen Ösophagus 186.
Malinowski, Hydroa vacciniformis 160.
Manchos, Über einen neuen Vorschlag zur Phosphorernährung und Phosphortherapie im Kindesalter 139.
Marfan, Artikuläre und extraartikuläre Eiterungen in der Pseudoparalyse syphilitischer Neugeborener 10.
Marfan und Lemaire, Beitrag zum Studium der sero-toxischen Erscheinungen. Das Erythema marginatum aberrans 106.
Mendelsohn, Über die Apoplexie der Thymusdrüse 110.
Mendelsohn und Kuhn, Über kuhmilchfreie Ernährung bei Laryngospasmus, Tetanie und Eklampsie der Kinder 41.
Meyer L. F., Pepsin-Salzsäure als Stomachikum beim Säugling 234.
Milton-Miller, Kotverhaltung beim Typhus 59.
Moll, Alkalisierte Buttermilch als Säuglingsnahrung 14.
Morse, Infantiler Skorbut 44.
Mouchot, Über angeborenen Mangel der Fibula 64.
Moure, Adenoide Vegetationen im frühen Kindesalter 115.
Nothmann, Thiocol als Antidiarrhoikum 236.
Oberwick, E. und Frau L., Säuglingsfürsorge in Heim- und Armenpflege in den letzten fünf Jahren in der Unterkunft für hilfsbedürftige Wöchnerinnen und deren Säuglinge zu Berlin 116.
Orgler, Prophylaxe akuter Ernäh-

Digitized by Google

rungsstörungen durch Milchküchen 258.
Oshima, Bakterien der Mundhöhle des Kindes 154.
Pater, Einfluß des salzfreien Regimes auf die Gewichtsveränderungen beim Scharlach 57.
Péhu, Behandlung der Diarrhöen des ersten Lebensjahres mit Gelatinelösungen 276.
Philip, Die Organisation und das Zusammenwirken antituberkulöser Massnahmen 273.
Posselt, Hochgradiger septiko-pyämischer Scharlach 251.
Reinach, Röntgenoskopie von Knochenaffektionen hereditär luetischer Säuglinge 164.
Rey, Stellung des Spezialarztes für Kinderheilkunde in der neueren ärztlichen Standesbewegung 176.
Rivet, Über Gewichts- und Temperaturkurven bei Gastro-Enteritiden der Kinder 135.
Rosenberg, A., Praktische Bedeutung der Inhalation bei Kehlkopf- u. Lungenerkrankungen 43.
Rosenberg, L., Über Myatonia congenita (Oppenheim) 112.
Rosenhaupt, Übungstherapie im frühen Kindesalter 204.
— Pathologie und Therapie des Pylorospasmus congenitus 225.
Rousseau, Die gangränöse Lymphangitis des Scrotum beim Säugling 63.
Roux und Josserand, Lungentuberkulose und tracheo-bronchiale Drüsenerkrankungen beim Kinde in Cannes 9.
Sadger, Hydriatik des Krupp 154.
Sahli, Über Tuberkulinbehandlung 110.
Salge, Einige Bemerkungen über den Wert der Stillprämien 19.
Sarvonat, Über die amaurotische Idiotie als Familienkrankheit 65.
Schlick, Die physiologische Nagellinie des Säuglings 283,
Schubart, Beiträge zur Kenntnis der Darmstörungen der Säuglinge und der Säuglingssterblichkeit 155.
Schütte, Therapeutische Erfahrungen mit Isn, einem neuen eisenhaltigen Stärkungs- und Kräftigungsmittel 277.
Schweitzer, Therapie der Furunkulose und ähnlicher Hautkrankheiten 278.
Selter, Darmerscheinungen nach Impfung 176.
Siegert, Infantilismus 174.
— Hysterie im Kindesalter 174.
Sigard, Über tuberkulöse kommunizierende Hydrozele 133.
Sittler, Hefetherapie der Gastroenteritis bei Kindern 13.
— Dauer der Immunität nach der Injektion von Diphtherieheilserum 197.
Skukowsky, Melaena neonatorum. Magendarmblutungen der Neugeborenen 137.
Solt, Milch als Hämostatikum 205.
Sonnenberger, Über die geschichtliche Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Ferienkolonien und verwandten Bestrebungen 51.
— Stellungnahme der Vereinigungen der Kinderärzte gegenüber den Angriffen auf die Pädiatrie als Spezialität 230.
Sperk, Erfahrungen auf der Säuglingsabteilung der Universitäts-Kinderklinik in Wien 92.
Spitzer, Erfahrungen über Darmadstringentia 162.
v. Starck, Zur Diagnose der Barlowschen Krankheit 136.
v. Torddy, Über die Rhinitiden der Säuglinge 16.
Trumpp und Salge, Milchküchen u. Säuglingsfürsorgestellen im Dienste der Säuglingsfürsorge 198.
Tugendreich, Über Buttermilchfieber 40.
Theodor, Larynx- und Trachealstenosen 255.
Ullmann, Erfolge mit Marmoreks Antituberkulose-Serum 85.

Digitized by Google

de Vicariis, Untersuchungen über das Blut frühgeborener Kinder 183.
Vulpius, Behandlung der tuberkulösen Koxitis im Kindesalter 132.
Wedekind, Zur Diätetik des Kindesalters in der Anschauung des Volkes 19.
Weygandt, Phychisch abnorme Kinder in der ambulanten Praxis 225.
Witzenhausen, Die Phimose als wichtige Ursache innerer Erkrankungen bei Knaben 200.
Zentrale für Säuglingspflege u. Mutterschutz im Großherzogtum Hessen 45.
Zucker, Lokale Behandlung der Diphtherie mit Pyozyanose 38.
Zuppinger, Therapie der Larynxpapillome 256.

Gesundheitspflege.

Bade, Die angeborene Hüftgelenkverrenkung 190.
Eulenburg, Über Schülerselbstmorde 188.
— Sexuelle Diätetik und Erziehung 287.
Frankenberg, Alkoholgenuss von Schulkindern 283.
Fuchs, Über die Fortbildungsschule für Schwachbeanlagte 210.
Hartmann, Unterweisung und Erziehung der Schuljugend zur Gesundheitspflege 117.
Haucock, Japanische Gymnastik für Knaben und Mädchen 189.
Kongreß für Säuglingspflege (Goutes de lait), 2. internationaler zu Brüssel 1907 263.
Neter, Muttersorgen und Mutterfreuden. Ratschläge für die junge Frau 167.
Neumann, Der Berliner Kinderschutzverein 141.
Sandt, Die geplante Neuordnung der Charlottenburger Gemeindeschulen mit Rücksicht auf die minderbegabten und minderleistungsfähigen Kinder 211.
Schwimmer, Rosika, Staatlicher Kinderschutz in Ungarn 68.
Siegrist, Über die Notwendigkeit, die Augen der Kinder vor dem Schuleintritt untersuchen zu lassen 141.
Stier und Kielhorn, Militärdienst der geistig Minderwertigen 209.
Wagner, Wie lang soll eine Unterrichtsstunde sein? 165.

Rezensionen.

Baginsky, Bendix, Cassel, Langstein, Neumann, Salge, Selter, Siegert Trumpp Vorträge über Säuglingspflege und Säuglingsernährung 93.
Bartenstein und Tada, Beiträge zur Lungenpathologie der Säuglinge 213.
Bendix, Lehrbuch dar Kinderheilkunde, 5. Aufl. 285.
Dannemann, Phychiatrie u. Hygiene in den Erziehungsanstalten 213.
Dessauer und Franze, Die Physik im Dienste der Medizin mit besonderer Berücksichtigung der Strahlungen 119.
Engel, Klima u. Gesundheit 213.
Grünwald, Grundriß der Kehlkopfkrankheiten und Atlas der Laryngoskopie. 2. Aufl. 70.
Gurlitt, Erziehung zur Mannhaftigkeit 166.
Hampe, Über den Schwachsinn nebst seinen Beziehungen zur Physiologie der Aussage 69.
Höller, Die sexuelle Frage und die Schule 212.
Key, Ellen, Das Jahrhundert des Kindes 285.
Lange, Behandlung der habituellen Skoliose durch aktive und passive Überkorrektur 284.
Liebe, Unterricht im Freien 214.
Loebel, Ein Kapitel moderner Balneotechnik 22.
— Studien und Vorträge über die Wirkung der Kohlensäure- und Moorbäder 22.
Lorenz, Praktischer Führer durch die gesamte Medizin mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Therapie. 2. Aufl. 2Bd. 21.

Digitized by Google

Lüders und Thom, Die neueren Arzneimittel und ihre Anwendung (Schlußlieferung) 46.
Luss, Der Ärztestreik (Roman) 118.
Marcinowski, Im Kampf um gesunde Nerven, 3. Aufl. 286.
Meyer, Gg., Die Hebammengesetze in Preußen 119.
Michaelis, Die Milch. Ein großes Nahrungs- und Heilmittel 118.
Michel, Hautpflege und Kosmetik. 2. Aufl. 94.
Monti, Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. 28. Heft: Künstliche Säuglingsernährung 20.
Pescatore, Pflege und Ernährung des Säuglings 47.
Plath, Briefe eines Arztes an eine junge Mutter. 8. Aufl., herausgeg. von Rossmann 118.
Rodari, Die wichtigsten Grundsätze der Krankenernährung 286.
Röttger, Genußmittel — Genußgifte! 70.
Saint Phar, Die Behandlung und Heilung nervöser Angstzustände 167.
Schill, Dr. G. Becks Therapeutischer Almanach. 33. Jahrg. II. Abtlg. 286. — 34. Jahrg. 1. Abtlg. 71.
Schilling, Steuerpflicht, Steuerdeklaration und -Reklamation für Ärzte etc. 3. Aufl. 47.
— Kompendium der ärztlichen Technik mit besonderer Berücksichtigung der Therapie. 2. Aufl. 70.
Schreiber, Adele, Das Buch vom Kinde 166.
Sexuelle Aufklärung der Jugend: 1. Rosenthal, Der Standpunkt des Arztes; 2. Witte, Der Standpunkt des Geistlichen; 3. Kemsies, Der Standpunkt des Pädagogen 20.
Stern, W. u. Cl., Psychologische und sprachtheoretische Untersuchung der Kindersprache 239.
Tietz, Chemische und bakteriologische Untersuchung von Milch und Milchprodukten 213.
Toeplitz, Zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Des Säuglings Ernährung und Pflege 94.
Vogt, Jugendspiele an den Mittelschulen 285.
Zappert, Die physikalische Therapie im Kindesalter 48.

Digitized by Google

Sach-Register.

A.

Adenoide Vegetationen 115.
Adrenalin bei Incontinentia urinae 95.
Alkoholgenuss der Schulkinder 283.
Almanach, Dr. Becks Therapeutischer für 1906 286; für 1907. 71.
Alypin 17, 280.
Amaurotische Idiotie als Familienkrankheit 65.
Angiome 23.
Angstzustände, nervöse, Zwangsvorstellungen und psychisch-nervöse Leiden, Behandlung und Heilung ders. 167.
Antidiphtherie-Serum 87, 147.
Antituberkulose-Serum Marmorek 54, 83, 85.
Antituberkulöse Massnahmen, Organisation ders. 273.
Appendizitis 181, 190, 202.
Artfremde Milch 222.
Arzneien, die neueren A. und ihre Anwendung 46.
Ärztestreik (Roman) 118.
Augen, über die Notwendigkeit, die Augen der schulpflichtigen Kinder vor dem Schuleintritt untersuchen zu lassen 161.
Ausstellung „Das Kind" in Wien 96.

B.

Badevorrichtung, eine neue und billige im Hause 24.
Balneotechnik, moderne 22.
Barlow'sche Krankheit 44, 45, 136, 156.
Basedow'sche Krankheit 114, 232.
Biedert's Ronnogen 288.
Blut frühgeborener Kinder 183.
Brechdurchfall vid. Gastroenteritis.
Briefe eines Arztes an eine junge Mutter 118.
Brustdrüse, weibliche, Funktion ders. 177.
Buttermilch als Säuglingsnahrung 14, 39.
—fieber 40.

C.

Cerebrospinalmeningitis 71, 95, 164, 231
Charlottenburger Gemeindeschulen, Neuorganisation ders. mit Rücksicht auf die minderbegabten und minderleistungsfähigen Kinder 211.
Chorea 143.
Croup 154.

D.

Darmadstringentien 162.
—erscheinungen nach Impfungen 176.
—invagination 179.
—störungen der Säuglinge 155.
Diabetes mellitus 23.
Diphtherieheilserum 87, 147.
Diphtheritis 12, 38, 71, 87, 95, 147, 272.
Drüsenerkrankungen, tracheo-bronchiale 9.

E.

Echinokokkuszysten des kindlichen Gehirns 60.
Eisen, Ausnutzung dess. bei Sänglingen 162.
Eiweißgehalt der Säuglingsstühle 167.
Ekzem 160.
Empyem und hereditäre Syphilis 176.
— Spontanheilung eines E. 215, 272.
Enteritis vid. bei Gastroenteritis.
Epidermolysis bullosa hereditaria 143.
Epilepsie und epilepsoide Zustände im Kindesalter 227.
Erbrechen, habituelles eines Kindes 168.

Digitized by Google

Ernährungsstörungen, Prophylaxe ders. durch Milchküchen 258.
Erythema marginatum aberrans 106.
Erziehung. über 4.
— zur Mannhaftigkeit 166.
Erziehungsanstalten, Psychiatrie und Hygiene in dens. 213.

F.

Facialis-Paralyse, spontane geburtshilfliche 138.
Ferienkolonien und verwandte Bestrebungen 51.
— und Erholungsheime für kränkliche und schwächliche Schulkinder 217, 241
Fibula, angeborener Mangel der 64.
Fibrolysin bei Ösophagusstriktur 192, 287
Forensische Behandlung der Jugendlichen 49.
Frauen, zunehmende Unfähigkeit ders., ihre Kinder zu stillen 61.
Frühgeborene Kinder, Blut ders. 183.
Furunkulose u. ähnliche Hautkrankheiten, Therapie ders. 278.

G.

Gastroenteritis u. Enteritis 12, 13, 135, 190, 276.
Geistig Minderwertige vor Militär und vor Gericht 25.
— Fürsorgebestrebungen für G. M. 79, 101.
— Militärdienst ders. 209.
Gelenktuberkulose 197.
Genußmittel — Genußgifte 70.
Goldkorn 264.
Größenwahn bei der allgemeinen progressiven Paralyse des Kindesalters 67.
Guajacol-Somatose 120.
Gymnastik, japanische 189.
Gypskristalle im menschlichen Harn 115.

H.

Haarausfall bei hereditärer Lues 54.
Hanfsuppe als Säuglingsnahrung 275.
Hätscher, physiologischer, bei Säuglingen 119.
Hautkarzinom und Angiom 177.
—pflege und Kosmetik 94.
Hebammengesetze in Preußen 119.
Hefetherapie bei Gastroenteritis 12.
Heißlufttherapie bei Emphysem, chronischer Bronchitis und Asthma bronchiale 159.
Helmitol 58
Hernia umbilicalis 24, 215.
Herpes zoster ophthalmicus 144.
Herz, Funktionsstörung desselben bei Scharlach 190.
Hilfsschulen Deutschlands, 2. Verbandstag ders. 209.
Histosan 86.
Holländische Säuglingsnahrung 39.
Hüftgelenkverrenkung, angeborene 190.
Hydroa vacciniformis 160.
Hydrozele, tuberkulöse kommunizierende 133.
Hydronephrose, angeborene 230.
Hyperämiebehandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose 197.
Hypotension, arterielle bei Kindern 199.
Hysterie 174, 255.

I.

Idiotie, amaurotische 65.
— Vorkommen ders. in der Praxis des Kinderarztes 52.
Ikterus neonatorum 259.
Impressionabilität des Kindes unter dem Einfluß des Milieus 36.
Incontinentia urinae 95.
Induzierte Imitations-Krankheiten 215.
Infantilismus 174, 178.
Inhalation bei Kehlkopf- und Lungenerkrankungen 43.
Intussusception 240.
Isn, ein neues eisenhaltiges Stärkungs- und Kräftigungsmittel 277.

J.

Jodofan als Jodoformersatzmittel 207.
Jugend, schulentlassene, Fürsorge für dies. 50.
Jugeudspiele an den Mittelschulen 285.
Jugendliche, forensische Behandlung ders. 49.

K.

Kalziumsalze, Wirksamkeit ders. bei Urtikaria, akuten Ödems, Erfrierungen und Pruritus 287.

Digitized by Google

Kehlkopf- und Lungenerkrankungen, Inhalation bei 43.
Kehlkopfskrankheiten, Grundriß und Atlas ders. 70.
Kind, Ausstellung über dass. 96.
— Das Buch vom Kinde 166.
— Diät dess. 19.
— Diätetik desselben in der Anschauung des Volkes 19.
—, Jahrhundert dess. 285.
—erarzt als Spezialarzt 144, 176, 230.
—erforschung und Jugendfürsorge, 1. Kongreß für 35, 49.
—erheilkunde in Einzeldarstellungen. Heft 24 20.
— —, Lehrbuch ders. 285.
— Vers. der deutsch. Ges. für Kinderheilkunde 216.
—ersterblichkeit und Milchversorgung 121, 151.
—erschutz 52.
— — in Ungarn 68, 92.
— —verein, Berliner 141.
—esalter, physikalische Therapie desselben 48.
Kleinhirngeschwülste im Kindesalter 191.
Klima und Gesundheit 213.
Knochen, Konsolidierung des kindlichen 2.
—brüchigkeit, essentielle 89.
— Veränderungen ders. bei Skorbut u. Morb. Barlowii 45.
—tuberkulose 197.
Kohlensäure- und Moorbäder 22.
Kompendium der ärztlichen Technik 70.
Kongreß, 1. für Kinderforschung und Jugendfürsorge 35, 49.
— 24. für innere Medizin 72.
— 3. der deutschen Gesellschaft für Geschlechtskrankheiten 96, 263.
— 2. internationaler der Gouttes de lait 96.
Kopfhaut, rezidivierendes Sarkom der 23
Kotverhaltung bei Typhus 59.
Koxitis, tuberkulöse im Kindesalter 132
Krankenernährung, die wichtigsten Grundsätze ders. 286.
Kropf, parenchymatöser, bei Neugeborenen 274.

L.

Laryngismus, hysterischer, Epidemie von L. L. 255.
Laryngospasmus, Tetanie u. Eklampsie der Kinder, kuhmilchfreie Ernährung bei 41.
Larynx- u. Trachealstenosen 253.
—papillome 256.
Leukozytose bei Broncho-Pneumonie, Pneumonie und Empyem der Kinder 120.
Lues vid. Syphilis.
Lungen, Verhalten des Lymphgefäßsystems der Lungen bei septischen Prozessen ders. und der Pleura 175.
—pathologie der Säuglinge 213.
—schnitte, Photogramme topographischer L. 175.
—tuberkulose bei Kindern 9, 73.
Lymphozytenleukämie im Kindesalter 184.

M.

Mannhaftigkeit, Erziehung zur 166.
Mastitis 216.
Medizin, praktischer Führer durch die gesamte. 2. Aufl. 2. Bd. 21.
Melaena neonatorum 137, 216.
Meningitis 134.
— epidemische 71, 95, 164, 230.
Milch, artfremde 222.
— ein großes Nahrungs- und Heilmittel 118.
— als Hämostatikum 205.
— und Milchprodukte, chemische und bakteriologische Untersuchung ders. 213.
—küchen 198, 258.
— Technische Einrichtungen zur Gewinnung guter Säuglingsmilch 276.
Mundhöhle des Kindes, die am häufigsten in derselben vorkommenden Bakterien 154, 215.
Mutterschaftsversicherung 247.
—sorgen und Mutterfreuden 167.
Myatonia congenita (Oppenheim) 112, 229.

N.

Nabelgegend, peritoneale Verwachsungen ders. 176.
—hernien 24, 215.

Digitized by Google

Nagellinie, physiologische, des Säuglings 283.
Nasen-, Rachen-, Kehlkopfkrankheiten, Alypin bei 17.
Naevus vascularis 287.
Nephritis 58, 160.
Nerven. Im Kampf um gesunde N. 286.
Nierenkomplikationen bei Impetigo u. Ekzema impetiginosum 160.
Novaspirin 186.

O.

Ödem, akutes zirkumskriptes 142.
Ösophagus, Extraktion von Münzen aus dem kindlichen 186.
—striktur, Behandlung mit Fibrolysin (Thiosinamin) 192, 287.
Osteopsathyresis 89.

P.

Paralyse, allgemeine progressive im Kindesalter 67.
Parotitis, Meningitis bei ders. 134.
Phosphorernährung und -Therapie im Kindesalter 139.
Pemphigus neonatorum 174.
Pepsin-Salzsäure als Stomachikum beim Säugling 234.
Phimose 200.
Physik im Dienste der Medizin mit besonderer Berücksichtigung der Strahlungen 119.
Physikalische Therapie im Kindesalter 48.
Pleuritis 12, 39.
Plasmon als Hilfsmittel beim Stillen 214.
Pott'sche Krankheit 178.
Proletarierschulkinder, der körperliche Zustand ders. 227.
Pseudoparalyse syphilitischer Neugeborener 10.
Psychasthenische Kinder 37.
Psychisch abnorme Kndeir in der ambulanten Praxis 225.
Purpura 114.
Pupillen, Verhalten ders. bei Erkrankungen des Wurmfortsatzes 202.
Pyelitis 201.
Pylorospasmus congenitus 225.
Pylorusstenose der Säuglinge 244.

R.

Renoformpulver 215.
Rheumatismus nodosus im Kindesalter 191.
Rhinitis der Säuglinge 16.
Röntgendurchleuchtung beim Kinde 88-
Röntgenoskopie von Knochenaffektio. nen hereditär luetischerS äuglinge 164.
Rumination beim Säugling 229.

S.

Salizylspirituskompressen bei Scharlach, Zerebrospinalmeningitis etc. 164
Säugling, Pflege und Ernährung dess. 47
Säuglingsabteilung der Universitäts-Kinderklinik in Wien 92.
—ernährung, künstliche 20.
—fürsorge in Heim- und Armenpflege in Berlin 116.
— — in Karlsruhe 256.
— — und Mutterschutz 169.
—fürsorgestellen 198.
—heim zu Barmen 230.
—milch, technische Einrichtungen zur Gewinnung ders. 276.
—milchanstalt und Mutterberatungsstelle zu Wiesbaden 230.
—pflege und -Ernährung, Vorträge über dies. 93.
— — und Mutterschutz, Zentrale für dies. im Großherzogtum Hessen 45.
—sterblichkeit 12, 18, 94, 155, 167, 257.
Saugvorrichtungen, neue Beiträge zur Kenntnis derselben, namentlich des Schnullers 193.
Scarlatina 54, 58, 164, 190, 251.
Schambein, Tuberkulose desselben beim Kinde 177.
Scharlach vid Scarlatina.
Schilddrüse, Implantation ders. 71.
Schlafmangel Berliner Gemeindeschüler 37.
Schülerselbstmorde 188.
Schulentlassene Jugend, Fürsorge für dies. 50.
— jugend,Unterweisung u. Erziehung ders. zur Gesundheitspflege 117.

Digitized by Google

Schwachbeanlagte, Fortbildungsschule für dies. 210.
— —begabte an höheren Schulen 265.
—sinn und seine Beziehungen zur Psychologie der Aussage 69.
Schwefelpräparat, ein lösliches, (Thiopinol) 261.
Sclerema neonatorum 71.
Scrotum, gangränöse Lymphangitis desselben beim Säugling 69.
Sero-toxische Erscheinungen 106.
Sexuelle Aufklärung der Jugend 20.
— Diätetik und Erziehung 238.
— Frage und Schule 212.
Skoliose, habituelle, Behandluug ders. 284.
Skorbut, infantiler 44, 45, 136.
Skrofulose und Tuberkulose 97.
Spezialärztliche Bezeichnung als Kinder arzt 144, 176, 230.
Sprache der Kinder, psychologische und sprachtheoretische Untersuchung derselben 239.
Sprachstörungen des kindlichen Alters 91.
Steuerpflicht, Steuerdeklaration und -Reklamation 47.
Stillen 19, 61, 214.
Stillprämien 19.
Striae pratillares 24.
Syphilis 10, 54, 164, 176, 228.

T.

Technik, ärztliches Kompendium der 70.
Tetanus 95.
Thiocol als Antidiarrhoikum 236.
Thiopinol 261.
Thymusdrüse, Apoplexie der 110.
Trachom 260.
Tränensackeiterungen, angeborene bei Neugeborenen 144.
Tuberkulinbehandlung 110, 248.
Tuberkulose 7, 9, 54, 73, 83, 85, 97, 132, 133, 145, 177, 197, 273.
—heilserum Marmorek 54, 83, 85.
Typhus abdominalis 59.

U.

Übungstherapie im frühen Kindesalter 204.
Unterricht im Freien 214.
—sstunde, Dauer ders. 165.
Urogenitalapparat, Tuberkulose dess. bei Mädchen 145.

V.

Verein, deutscher für Gesundheitspflege, Jahresversammlung dess. 168.
Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte, Sitzungen ders. 174, 176.
— südwestdeutscher Kinderärzte, Sitzung ders. 288.
— niederrheinisch-westfälischer u. südwestdeutscher Kinderärzte, gemeinsame Sitzungen ders. 72, 225.
Veronal 206.

W.

Wöchnerinnen-Ernährung und Kinder-Diät 15.
Wohnungsnot und Kinderelend 90.
Wurmfortsatz, Erkrankungen dess. 181, 190, 202.

Z.

Zentrale für Säuglingspflege u. Mutterschutz im Großherzogtum Hessen 45.
Zentralverband, deutscher zur Bekämpfung der Tuberkulose 192.
Zystitis 201.

Digitized by Google

Autoren-Register.

Apert 39.
Apfelstedt 12.
Andéand 114.
Andrien 178.
Aschaffenburg 225.
Ascher 257.
Babonneix 60, 67.
Bade 190.
Baginsky 36, 93.
Balasz 58.
Baros 95.
Baron 169.
Barret 88.
Bartenstein 213.
Baumgarten 17.
Bäumer 261.
Behrens 256.
v. Behring 7.
Bendix 93, 156, 285.
Berent 215.
Bériel 138.
Berkholz 233.
Bernhard 37
Bishop 199.
Bremer 225.
Broca 89.
Bunch 24.
v. Bunge 61.
Bürkner 280.
Büttner 25, 79, 101, 265.
Cahen-Brach 227.
Careoli 168.
Cassel 93.
Cavazzani 215.
Cohn-Kidberg 159.
Concetti 181.
Cuno 225.
Damaschke 90.
Dannemann 213.
Depais 287.
Deguy 12.
Dessauer 119.
Detot 12.
Deutsch 276.
Deutschmann 197.
Dhéry 177.
Dietrich 18.
Dopter 87.
Dunbar 179.
Eisenberger 207.
Elschnig 260.
Engel (Düsseldorf) 175, 177, 227.
— H. 213.
Engelmann 97.
Eulenberg 188, 237.
Fabre 274.
Fejér 144.
Feliciano 134.
Felisch 50.
Feuchtwanger 39.
Floret 186.
Flügge 231.
França 71.
Frankenberg 283.
Franze 119.
Friedmann 86.
Fröhlich 232.
Fuchs 210.
Fürst 2, 15.
Ganghofner 249.
Gautier 71.
Greig 240.
Grünwald 70
Guinon 160, 190.
Günther 272.
Gurlitt 166.
Gutzmann 91.
Haase 255.
Hagenbach 287.
Hampe 69.
Hartmann 117.
Haucock 189.
Heidenheim 167.
Heimann 120.
Heller 37.
Hennig 50.
Herbinet 89.
Herxheimer 228.
Heubner 51.
Hirsch 230.
Hoffa (Berlin) 83.
Hoffa (Bonn) 230.
Höller 212.
Holmgren 114.
Horn 191.
van Huellen 54.
Iseke 71.
Jezierski 202.
Joet 164.
Josserand 9.
Kaupe 174.
Kemsies 20.
Key Ellen 285.
Kielhorn 210.
Klein 225, 227.
Klotz 275.
Knöpfelmacher 259.
Koch 176.
Kramer 177.
Krasnogorski 162.
Kühner 4, 52, 73, 121, 151, 193, 222, 247.
Kuhn 41.
Kulemann 49.
Kummer 71.
Lange 284.

Digitized by Google

Langstein 23, 93, 201.
Lanzarini 215.
Lapinski 115.
Lehndorff 184.
Leiner 54.
Lemaire 106.
Lévai 92, 205.
Lidmanowski 24.
Liebe 214.
Löbel 22.
Looser 45.
Lorenz 21.
Lüders 46.
Lugenbühl 227, 229, 230.
Luss 118.
Maas, Frl. 229.
Magrassi 186.
Malinowski 160.
Manchos 139.
Marcinowski 286.
Marfan 10, 106.
Meara 142.
Meinert 167.
Mendelsohn 41, 110.
Mettenheimer 225.
Meyer, Gg. 119.
— Ludwig 234.
Michaelis, A. 118.
— P. 192.
Michel 94.
Milton-Miller 59.
Moll 14.
Monti 20.
Morse 44.
Mouchet 64.
Moure 115.
Neter 167, 227, 230.
Netter 287.
Neu 216.
Neumann 23, 93, 141.
Nothmann 236.
Oberwick, E. 116.
— Frau L. 116.
Orgler 258.
Oshima 154, 167, 171.
Pater 57, 160.
Péhu 276.
Pescatore 47.
Philip 273.
Plath 118.
Posselt 158.
Quaglio 214.
Rachmaninor 143, 144.
Reinach 164.
Rembe 272.
Rensburg 176, 177.
Rey 176, 177.
Rivet 135.
Rodari 286.
Rosenberg 43, 112.
Rosenhaupt 204, 225,227.
Rosenthal 20.
Rossmann 118.
Röttger 70.
Rousseau 63.
Roux 9.
Sadger 154.
Sahli 110, 148.
Saint-Phar 167.
Salge 19, 93, 144.
Sandt 211.
Sarvonat 65.
Schädel 53.
Schlick 283.
Schill 71, 286.
Schiller 256.
Schilling 47, 70.
Schlossmann 227, 230.
Schoedel 215.
Schreiber 166.
Schubart 155.
Schütte 277.
Schweitzer 278.
Schwimmer, Rosika 68.
Selter 93, 176, 177, 227, 228, 234.
Sickinger 211.
Siegert 93, 174, 177.
Siegrist 141.
Sigard 133.
Sittler 13, 197.
Skukowsky 137.
Smith 142.
Sobel 71.
Solt 205.
Sonnenberger 35, 49, 51, 217, 227, 230, 241.
Sperk 92.
Spitzer 162.
v. Starck 136.
Stern, William 239.
— Clara 239.
Stier 209.
Tada 213.
Theodor 253.
Thévenot 119, 274.
Thom 46.
Tietz 214.
v. Torddy 16.
Töplitz 94.
Troitzky 190.
Trumpp 93, 145, 198.
Tugendreich 40.
Ullmann 85.
Valentin 143.
de Vicariis 183.
Vogt 285.
Vulpius 132.
Wagner 165.
Wedekind 19.
Weygandt 225.
Weyl 177.
Wickham 287.
Witte 20.
Witzenhausen 200.
Wood 23.
Zacharias 216.
Zanoini 95.
Zappert 48.
Zucker 38.
Zuppinger 256.

LANDEN: LZA, JULIUS BELTZ.

Digitized by Google

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Sanitätsrat Dr. Sonnenberger in Worms.

BOSTON MEDICAL LIBRARY JUN 22 1908

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. Vierteljährlich vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

XVIII. Jahrg. **Januar 1907.** **No. 1.** (205.)

Inhalt: Originalien: **Fürst,** Die Konsolidierung des kindlichen Knochens. 2. — **Kühner,** Über Erziehung 4. - Referate: **v. Behring,** Mein Tuberkulosebekämpfungsprogramm. 7. — **Roux-Josserand,** Die Lungentuberkulose und die tracheo-bronchialen Drüsenerkrankungen beim Kinde in Cannes. 9. — **Marfan,** Über artikuläre und extra-artikuläre Eiterungen in der Pseudoparalyse der syphilitischen Neugeborenen. 10. — **Deguy und Detot,** Über metadiphtheritische Pleuritis. 12. — **Apfelstedt,** Zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, speziell des Brechdurchfalls. 12. — **Sittler,** Hefetherapie der Gastroenteritis im Kindesalter. 13. — **Moll,** Weitere Mitteilung über die Verwendung der alkalisierten Buttermilch als Säuglingsnahrung und über Dauerpräparate der alkalisierten Buttermilch. 14. — **Fürst,** Zur Frage der Wöchnerinnen-Ernährung und Kinder-Diät. 15. — **v. Torddy,** Über die Rhinitiden der Säuglinge. 16. — **Baumgarten,** Das Alypin in der Therapie der Nasen-, Hals- und Kehlkopfkrankheiten. 17. — **Dietrich,** Die Säuglingssterblichkeit in Preussen, ihre Ursachen und ihre Bekämpfung. 18. — **Dehne,** Über den Betrieb der Schutzstelle des Vereins „Säuglingsschutz" in Wien im Jahre 1905. 18. — **Salge,** Einige Bemerkungen über den Wert der Stillprämien. 19. — **Wedekind,** Zur Diätetik des Kindesalters in der Anschauung des Volkes. 19. — Rezensionen: **Monti,** Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. 24. Heft. 19. — **Rosenthal, Witte, Kemsies.** Die sexuelle Aufklärung der Jugend. 20. — **Lorenz,** Praktischer Führer durch die gesamte Medizin. 2. Aufl. 2. Bd. 21. — **Loebel,** Ein Kapitel moderner Balneotechnik im Lichte der neueren Mineralquellen- und Bäderforschung. 22. — **Loebel,** Studien und Vorträge über die Wirkung der Kohlensäure- und Moorbäder 22. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 22. — Kleine Mitteilungen. 24.

Abonnements-Einladung.

Indem wir hierdurch zum Abonnement auf den 18. Jahrgang des „Kinder-Arzt" ergebenst einzuladen uns gestatten, sei es uns gleichzeitig vergönnt, den Mitarbeitern und Lesern unserer Zeitschrift unseren herzlichsten Dank auszusprechen und sie zu bitten, uns auch in Zukunft ihre Gunst zu schenken. Unserem schon oft skizzierten Programm, das dahin geht, dem praktischen Arzt eine Übersicht über die Fortschritte in der für ihn so wichtigen Spezialität der Pädiatrie in konziser, aber für die Zwecke der Praxis doch genügend ausführlicher Form zu bringen, wollen wir unter Beihilfe bewährter Mitarbeiter auch fernerhin treu bleiben. Es geht daraus hervor, dass wir vorwiegend die praktisch wichtigen Errungenschaften der Kinderheilkunde berücksichtigen; wir widmen selbstverständlich aber auch ihren theoretisch-wissenschaftlichen Fortschritten genügende Aufmerksamkeit, so dass auch der wissenschaftliche Forscher auf dem Gebiete der Kinderheilkunde Anregungen aus unserer Zeitschrift empfangen dürfte.

Die Redaktion des „Kinder-Arzt". **Der Verlag**

Digitized by Google

Die Konsolidierung des kindlichen Knochens.

Von S.-R. Dr. L. Fürst, Kinderarzt. (Berlin).

Eine Anzahl von Fällen abnorm lang verzögerter Konsolidierung des kindlichen Skeletts ohne ausgesprochenen rachitischen Habitus der Knochen resp. Knochenpartieen, an denen sich bekanntermassen Rachitis zuerst deutlich zu manifestiren pflegt, geht stets neben solchen von wirklicher Rachitis incipiens einher. Dieser Umstand erschwert, wie jeder Kinderarzt weiss, die Diagnose nicht wenig; denn beide Formen von Knochenweichheit ähneln sich eine Zeitlang sehr, bis erst nach Monaten, resp. nach einem Jahre spezifisch rachitische, bleibende Deformität an den Epiphysen der Röhrenknochen und der Rippen, am Schädel u. s. w. unverkennbar hervortritt.

Dieses „indifferente" Stadium ungenügender Ablagerung von Kalksalzen in die Knochen-Substanz unterscheidet sich zwar allmählig von dem Vorstadium echter Rachitis, indem bei dieser die Auftreibung der Knorpel-Enden, das Vorwiegen der osteoiden Schichten und der deutlich palpablen weichen Stellen der Hinterhaupt-Schuppe in die Erscheinung treten. Allein es können doch Monate vergehen, ehe sich mit Bestimmtheit sagen lässt, ob wir ein Prodromal-Stadium der Rachitis vor uns haben, oder nur eine Verlangsamung der physiologischen Ossifikation. Auch der allgemeine Ernährungs-Zustand bietet in dieser Zeit noch keine Handhabe für eine Differentialdiagnose. Denn es handelt sich in beiden Fällen um eine Ernährungs-Anomalie ohne spezifischen Charakter. Ja es kann, so paradox dies scheinen mag, das später rachitische Kind noch sehr wohlgenährt, das nicht rachitische mager und fettarm sein und zwar aus den verschiedensten Gründen.

Dennoch darf man es als Regel hinstellen, dass dem aufmerksamen Untersucher schon sehr frühzeitig beim zarten Palpieren die Anfänge zur Epiphysen-Auftreibung, der rachitische Rosenkranz, die Anfänge einer Craniotabes u. s. w. nicht völlig entgehen. Andererseits wird er es wohl zu würdigen wissen, wenn das eine oder andere, sehr fettreiche Kind nur spät sitzen, stehen oder gehen lernt, wenn das starke Körpergewicht durch seine Belastung die noch physiologisch in diesem Alter gebogenen Unter- und Oberschenkel, da sie geringe Spannkraft besitzen, stärker krümmt oder eine Deviation Wirbelsäule bewirkt. In zahlreichen Fällen fällt alles dies der Familie auf; diese befragt den Arzt, ob hier nicht möglicherweise der Beginn „englischer Krankheit" vorliegt und der Arzt ist nicht immer in der Lage, sich darüber sofort positiv oder negativ auszusprechen.

Dennoch wird von ihm erwartet, dass er schon in diesem Stadium vorbeugend einschreitet. Die Therapie, besonders aber die Prophylaxe darf sich durch dies diagnostische Dilemma nicht beeinflussen lassen, soll vielmehr beide Möglichkeiten im Auge behalten und demgemäss so zielbewusst wie möglich handeln. Es liegt offenbar zu dieser Zeit nur eine verzögerte unzulängliche Ossifikation vor, einer Persistenz der Knorpelzellen und der osteoïden Zellen; und die Indikation ist auf jeden Fall die gleiche: Erhöhte Zufuhr von phosphorsaurem und kohlen-

Digitized by Google

saurem Kalk in gut resorbierbarer Form, unterstützt durch ein möglichst rationelles hygienisch-diätetisches Verhalten. Um letzteres voranzuschicken, so hat die Diät rohes, unaufgeschlossenes Stärkemehl auszuschalten, Magen- und Darmkatarrhe zu verhüten, was am besten durch gleichmässig milde, reizlose Kost geschieht. Gute Hautpflege, gesunde, trockene, nicht zu dicht besetzte Wohnung, häufiger Luftgenuss, zumal in der Sonne, vorsichtige Abhärtung — diese Momente verdienen auf jeden Fall aufmerksame Beachtung.

Was nun die eigentliche Therapie, die hier von der Prophylaxis nicht gut zu trennen ist, betrifft, so habe ich im Laufe einer mehr als vierzigjährigen pädiatrischen Praxis von grosser Ausdehnung folgende Gruppierung der zweckmässigsten Massnahmen zur Vereinfachung der Übersicht bewährt gefunden.

I. Medikamentöse Behandlung. Für manche Fälle von schlecht genährten, mageren Kindern, bei denen Knochenweichheit vorliegt, wird Malzextrakt (Liebe, Löflund) mit phosphorsaurem Kalk von Nutzen sein. Bei gleichzeitiger Anämie leistet der sogen. Hypophosphite-Sirup gute Dienste, ebenso der von Max Freund (Breslau) angegebene milchphosphorsaure Kalk-Eisensaft (Syr. Calcii-Ferrophospholactici). Der Phosphor-Lebertran hat zwar die grossen Hoffnungen, die Kassowitz auf ihn setzte, nicht ganz erfüllt, weil er nicht selten gastrische Störungen verursacht, ist aber aus wohlerwogenen Theorien hervorgegangen und deshalb ebenso rationell, wie z. B. der von Zweifel vorgeschlagene minimale Chlornatriumzusatz zur Milch.

II. Balneologische Behandlung. Seit Jahrzehnten sind die einfachen Kochsalzquellen oder, wenn gleichzeitig skrofulöse Drüsenschwellungen vorliegen, jodhaltige Sorten sehr beliebt; es wäre unmöglich und unnötig, diese Quellen, die zahlreich, wie Sand am Meer sind, hier aufzuführen. Auch Seebäder und das Liegen im durchwärmten Strandsande haben sich ausgezeichnet bewährt. Es ist selbstverständlich, dass derartige Kuren auch im Hause mit Erfolg durchgeführt werden können, dass sie aber kontraindiziert sind, wenn nässende Ekzeme oder entzündliche Reizzustände der Haut vorliegen.

III. Diätetische Behandlung. Diese ist, da es sich um eine Ernährungsstörung handelt, im Grunde die rationellste und die Basis jedes Erfolges, gleichviel, welche der beiden vorerwähnten Methoden man benutzt. Denn keiner kann Knochenweichheit beseitigen, wenn nicht die sogenannten „Nährsalze", in einer zweckmässigen Kost verarbeitet, den an Mineralsalzen armen Knochen zugeführt werden. Vor etwa drei Jahrzehnten war es daher v. Liebig, der zuerst im Interesse der Landwirtschaft auf die Bedeutung dieser Salze hinwies, die im Futter gereicht oder mit dem Dünger in den Erdboden gebracht, das Gedeihen der Haustiere und Feldfrüchte so ungemein fördern, während ein Mangel an solchen Salzen den Ertrag schwächt. Diesen Gedankengang griff s. Z. ein schlichter Laie, der Bäckermeister Otto Opel in Leipzig auf. Er wandte sich deshalb an Liebig mit der Bitte um eine Äusserung darüber, ob sich diese Theorie, die sich in der Landwirtschaft so gut bewährt hatte, nicht auch für die Ernährung des an Knochenweichheit leidenden Kindes verwerten liesse. Das Ergebnis dieser Erwägungen war ein aus Weizenmehl, kondensierter Milch und Nährsalzen hergestellter, gründlich

Digitized by Google

durchgebackener Zwieback, dessen Stärkemehl fast durchweg durch die Hitze aufgeschlossen ist. Dieser seitdem weit verbreitete, von zahlreichen Ärzten klinisch erprobte und bewährt gefundene Nährzwieback ist in der Tat, vom ersten Halbjahre ab, ein Lieblings-Nährmittel für solche Kinder geworden, bei denen die Ossifikation und Dentition sich verzögert, bezw. die Ernährung ungenügend ist. Viele, gut kontrollierte Wägungen haben bestätigt, dass er die Zunahme an Körpersubstanz bedeutend steigert, aber auch die Konsolidierung des kindlichen Knochens binnen wenigen Monaten sehr energisch fördert, vielleicht sogar oftmals der Rachitis vorbeugt und deren erste Anfänge unterdrückt. Natürlich hat dieser Erfolg auch zahlreiche ähnliche Gebäckarten entstehen lassen, die aber „Opels Nährzwieback" nicht zu übertreffen vermochten. Es ist, glaube ich, eine Pflicht historischer Gerechtigkeit, dies anzuerkennen, und zwar um so mehr, als dieser anspruchlose Gewerbetreibende sich nie zur Reklame oder zu fabrikmässiger Herstellung in grossem Massstabe drängen liess, sondern bleiben wollte, was er immer gewesen, ein Bäcker von altem Schrot und Korn, der seine Ware nur durch ihren Wert, ihre Gleichmässigkeit und die steigende Gunst der Ärzte wirken liess.

Gegenwärtig ist es wohl unbestritten, dass eine Zufuhr von phosphorsaurem und kohlensaurem Kalk in einem gut verdaulichen und nahrhaften Gebäck am augenfälligsten zu Festigung des Knochens gerade in dem Stadium seiner regsten Entwicklung die Aufgabe eines Antirachitismus ausgezeichnet erfüllt.

Über Erziehung.

Von Dr. Kühner-Koburg.

Pädagogik und Hygiene unterhalten vielfach Wechselbeziehungen. Die Lehre von der pädagogischen Pathologie hat die Brücke geschlagen von der Erziehung gesunder zu derjenigen kranker und zu Krankheiten disponierter Kinder. Die Berechtigung, über Erziehung zu reden, muss also dem Arzt zuerkannt werden, um so mehr zu einer Zeit, in welcher die Heilkunde ein Tummelplatz geworden ist, auf welchem sich nach gesetzlicher Fassung jedermann, der Lust hat, bewegen kann! Arzt ist jeder, der Kranke behandelt! Diesem Rechtsgrundsatz stellen wir als den Begriff des Erziehers die Forderung der Eltern gegenüber, gute und tüchtige Menschen aus ihren Kindern zu machen. Der Arzt wird zudem in der Kinderstube eine Quelle nicht vermissen wollen, aus welcher Eltern gute Nahrung für die Erziehung ihrer Kinder, also auch für sich schöpfen wollen. In diesem Sinne ist die folgende Betrachtung gefasst.

Wie das Gedeihen eines jeden organischen Wesens, so beruht auch das des menschlichen Organismus auf dem natur- und bestimmungsgemässen Gleichgewichte seiner individuellen Kräfte sowohl unter sich als auch in ihrer Wechselbeziehung zur Aussenwelt. Körper und Geist müssen sich in diesem Gleichgewichte halten, wenn sie ihre Lebensaufgabe richtig erfüllen sollen, sowohl zueinander, als auch ein jeder von beiden in den Tätigkeitsformen seines eigenen Gebietes. Jedes Missverhältnis wirkt störend oder vernichtend auf beide Seiten, selbst auf das Ganze, weil

Digitized by Google

beide Erscheinungsseiten des Lebens hienieden zu einem Ganzen, das wir mit dem Begriffe „Mensch“ bezeichnen, untrennbar verschmolzen sind. Der Körper ist die Wurzel der irdisch-menschlichen Existenz und des geistigen Lebensbaumes, die immer weitere vollkommenere Entwicklung des letzteren das wahre Ziel des menschlichen Lebens.

Roh und unentwickelt tritt das Kind aus der Hand der Natur in die Welt ein, aber reich begabt mit Keimen allseitiger Entwicklung, d. h. mit Kraftanlagen oder Entwicklungsmöglichkeiten. Diese Keime sind sowohl auf körperlicher wie geistiger Seite teils edle, welche aufwärts zur Vervollkommnung, teils unedle, lebensfeindliche, welche abwärts zur Fehlerhaftigkeit und Vernichtung führen. Die edlen sind: die Keime der körperlichen und geistigen Vollkraft, Gesundheit und Schönheit, die Keime des Lebens; die unedlen: die Keime der körperlichen und geistigen Roheit, Krankheit und Entartung, die Keime des Todes. Die verschiedenartige Mischung dieser Keime bedingt die Eigentümlichkeit jedes Einzelmenschen und seine individuelle Lebensaufgabe, d. h. die Aufgabe: eben aus diesem gegebenen Mischungsverhältnisse und dessen Kampfe mit den Einwirkungen des allgemeinen Lebens heraus den Weg nach idealen Zielen zu finden. Die edlen Keime sollen durch den Kampf mit den unedlen sich kräftigen und entwickeln, sich möglichst frei von ihnen machen, wie ja alles Leben auf dem Kampfe der Gegensätze beruht. Weckung und harmonische Entwicklung jener, naturgemässe Beschränkung oder Unterdrückung dieser ist das Grundgesetz des menschlichen Lebens, mithin zunächst der Erziehung. Diese harmonische Entwicklung besteht aber, wie bei allen körperlichen und geistigen Kräften, in angemessener, fortschreitender Übung. Sie ist also das Wesen aller Erziehung.

Wer eine Reise antreten will, muss über sein Ziel im klaren sein. Wer erziehen will, muss wissen, wohin er seine Kinder ziehen, wozu er sie erziehen will. Wenn der Künstler eine Bildsäule anfertigt, muss die Idee dazu seinem Geiste deutlich vorschweben; ohne dieses innere Musterbild kann er sie nicht im Tone ausführen. Nun haben wir es als Erzieher mit der Ausgestaltung des wertvollsten Tones von allen, mit der Seele unserer Kinder zu tun. So müssen wir also wissen, welche Gestalt wir ihr geben wollen. Auch uns muss ein inneres Musterbild vorschweben, eine deutliche Idee des höchsten Zieles aller Erziehung. Diesen hauptsächlichsten und letzten Zweck müssen wir in jeder einzelnen erzieherischen Handlung verfolgen; er bestimmt jeden unserer Schritte, jedes zu ergreifende Mittel. Ohne diesen unverrückbaren Polarstern würde unser Schiff vom richtigen Kurse abirren und an verborgenen Riffen scheitern.

Nun verlangt man von den berufsmässigen Lehrern und Erziehern unserer Kinder zwar eine mehr oder weniger genaue Kenntnis der pädagogischen Grundprobleme. Von den Eltern dagegen, die doch die allererste und wichtigste Erziehung ihrer Kinder zu leiten haben, wird überhaupt kein Nachweis gefordert, dass sie sich die Kenntnisse angeeignet haben, die als Voraussetzung einer vernünftigen Erziehung angesehen werden müssen. Und doch ist das Erziehen der Kinder weder ein leichter noch gleichgültiger Beruf! Man hat sich zu sehr daran gewöhnt,

Digitized by Google

nur in den Beschäftigungen eine berufliche Tätigkeit zu sehen, wo ein Entgelt für diese Tätigkeit verlangt wird. Was umsonst, ohne Lohn getan wird, das wird nicht mehr als Berufstätigkeit betrachtet. Daher mag es auch kommen, dass die Eltern von einem Befähigungsnachweise in Erziehungsfragen befreit sind. Aber sehr mit Unrecht und nicht bloss zum Schaden der eigenen Kinder, sondern auch der Gesamtheit.

Das wichtigste Moment im Leben der Familie ist die Erziehung der Kinder, es ist der heiligste, verantwortungsvollste und schwierigste Beruf, den die Eltern zu erfüllen haben. Diese treffen aber fast gar keine Vorbereitungen, um diesem Beruf gerecht zu werden. Alle anderen Fragen werden beim Eingehen einer Ehe sehr genau in Erwägung gezogen. Für die materielle Erhaltung der Familie wird Sorge getragen, der Mann hat einen Erwerb, die Frau lernt die häusliche Wirtschaft führen, die Eltern schicken sogar ihre Töchter in eine Kochschule, damit sie diese Kunst erlernen. Mit welcher Wichtigkeit werden da die Kochrezepte behandelt! Aber niemanden fällt es ein, die jungen Leute zu befragen, wie sie sich für ihren Beruf als Erzieher ihrer Kinder vorbereitet haben.

Wir glauben, dass diese Frage von keiner untergeordneten Bedeutung ist und dass sie zum mindesten mit demselben Eifer behandelt zu werden verdient, wie z. B. die Toilettenfrage der Braut oder die Einrichtung der neuen Wohnung. Mit welchem Ernst werden da die Schneider, Tapezierer und Dekorateure konsultiert, aber wie man seine Kinder erziehen soll, darüber wird kein Wort verloren. Sobald sich die Kleinen einstellen, werden sie eben erzogen. Wie ein Kind geleitet werden soll, damit es dereinst ein ganzer Mensch und ein nützliches Glied der Gemeinschaft wird, darüber denken nur die Allerwenigsten rechtzeitig nach. Man verlässt sich grösstenteils auf seine eigenen Erfahrungen, die man als Kind gemacht hat. Man erzieht seine Kinder nach demselben Rezept, wie man selbst erzogen wurde. In diesem System liegt eben das Übel. Die Eltern begehen dann an ihren Kindern dieselben Fehler, die einst an ihnen begangen wurden. Das Übel pflanzt sich auf diese Weise in verstärktem Masse fort von Generation zu Generation.

Eine genaue Kenntnis der grundlegenden Erziehungsfragen soll die Voraussetzung einer jeden Eheschliessung bilden. Wie viel Sorgen werden die Eltern sich und den Kindern ersparen, wie viel Zank und Streit wird aus dem Eheleben verbannt werden, wenn man über die Erziehung besser unterrichtet ist, als es in den meisten Fällen noch immer zu sein pflegt.

Es gehört ja nicht zu den Seltenheiten, dass die Eltern in ihrem Erziehungssystem sich gegenseitig bekämpfen, dass der Vater erlaubt, was die Mutter verbietet, und worüber der eine ein nachsichtiges Auge hat, der andere in Zorn und Zank gerät. Nicht nur die Eltern, auch die Kinder leiden unter einem solchen Erziehungssystem.

Die Erziehung ist eine Kunst, sie will und muss gelernt werden. Keinem Vater und keiner Mutter, keinem Lehrer und keinem Erzieher dürfen die Grundsätze der Erziehung fremd bleiben. Hier tritt nun ein soeben erschienenes vortreffliches Buch ein, eine Anleitung, welche das Ganze der Erziehung in gemeinverständlicher Sprache wiedergibt und allen Kreisen der Bevölkerung zugänglich wird. Das Unternehmen hat sich die Aufgabe gestellt und ausgezeichnet gelöst, aus der grossen Fülle der klassischen und modernen Pädagogik die Stellen auszuwählen, welche

Digitized by Google

in klarer und gedrängter Form die Ergebnisse der grundlegenden Erziehungsfragen zusammenfassen. Der Titel dieses soeben erschienenen Werkes lautet: Über Erziehung. Leitsätze für Eltern und Lehrer, ausgewählt und herausgegeben von Dr. Julius Reiner. Hannover 1906. Verlag von Otto Tobies. Preis 5 Mk.

Referate.

Mein Tuberkulosebekämpfungsprogramm. Von E. v. Behring. (Vortr. geh. i. Württemb. Landesver. d. deutsch. Frauenver. f. Krankenpflege in den Kolonien zu Stuttgart am 11. Oktober 1906. Nach e. Refer. d. Frkftr. Ztg.)

Nach einem Hinweis auf Robert Kochs grosse Verdienste um die Tuberkuloseforschung legte v. Behring dar, in welcher Weise seine und Kochs Wege als Forscher auseinandergehen. Koch nimmt als Hauptweg der Tuberkulose-Infektion die Einatmung von Tuberkelbazillen durch die Lungen an. v. Behring hält dies für eine sehr seltene Ausnahme, meint vielmehr, dass die Schwindsucht in der Regel solche Personen befällt, welche die Keime im Kindesalter mit der Milch aufgenommen haben. Nach Kochs Annahme können die mit der Kuhmilch in den Körper gelangenden Bazillen keine Tuberkulose erzeugen, während v. Behring behauptet, dass die vom Rind herstammenden Tuberkelbazillen noch gefährlicher sind als die von tuberkulösen Menschen verbreiteten. Zuzugeben sei, dass die Lungenschwindsucht in der Mehrzahl der Fälle von Mensch zu Mensch erfolge, das komme aber daher, dass der Anlass zur Ansteckung mit anthropogenen Tuberkelbazillen viel häufiger sei als mit den vom Rind kommenden Bazillen. Während Koch für die Entstehung der Lungenschwindsucht das vorgeschrittene Lebensalter in den Vordergrund stellt, verteidigt v. Behring die Lehre, dass die entscheidende tuberkulöse Infektion in das Kindesalter falle, und zwar, dass in der Mehrzahl der Fälle die Ansteckung durch die Mutter- oder, bei künstlicher Ernährung, durch Kuhmilch erfolge. v. Behring bestreitet die von Koch vertretene Auffassung, dass das Tuberkulin ein sicheres Mittel zur Entscheidung darüber sei, ob ein Mensch tuberkulös ist und die Anwartschaft auf den Schwindsuchtstod besitzt. Nach seiner Ansicht kann zwar mit Hilfe des Tuberkulins festgestellt werden, ob ein Mensch unter dem Einfluss einer tuberkulösen Infektion steht oder gestanden hat, aber es wird damit keineswegs bewiesen, dass ein überempfindliches Individuum tuberkulöse Herde in seinem Innern beherbergt. Denn im Tierexperiment könne man willkürlich die höchsten Grade von Tuberkulinüberempfindlichkeit erzeugen, ohne dass bei der Sektion auch der kleinste Tuberkel gefunden werde. Die von Koch zur Bekämpfung der Tuberkulose empfohlene Beseitigung des Lungenauswurfs Schwindsüchtiger, die Verhütung der Sputumverstäubung, die Verbote der Beschmutzung der Fussböden u. a. m. will v. Behring nicht vernachlässigt wissen, aber mehr aus Reinlichkeits- und ästhetischen Gründen. Für die Verstopfung der Hauptquelle der Schwindsucht, der tuberkelhaltigen Säuglingsmilch, seien sie nicht entscheidend. Während Koch eine Artverschiedenheit des

Digitized by Google

menschlichen Tuberkelbazillus von dem beim Rinde vorkommenden annimmt, behauptet v. Behring die Artgleichkeit beider und gibt nur insofern einen Unterschied zu, als die von perlsüchtigen Rindern stammenden Bezillen eine stärkere krankmachende Energie besitzen als die vom Menschen herrührenden. Es sei daher ein folgenschwerer Irrtum, wenn Koch durch seine Lehre zur Benutzung des Perlsuchtbazillus zu Versuchen an Menschen ermutige. Auch die Konsequenz des Kochschen Standpunktes, dass die Säuglinge und älteren Milchkinder einer Ansteckung durch Kuhmilchtuberkelbazillen mit Tuberkulose erzeugendem Erfolg nicht ausgesetzt seien, hält der Vortragende für irreführend und sehr gefährlich. Während Koch durch sein Tuberkulin in erster Linie beginnende Lungentuberkulose heilen will, empfiehlt v. Behring sein Tuberkulosemittel, das Tulaselaktin in erster Linie als immunisierendes Schutzmittel im Säuglingsalter.

Das Programm, das der Vortragende für die Bekämpfung der Tuberkulose aufstellt, ist seinen im Tierexperiment gemachten Erfahrungen entnommen. Ob Fälle von Lungenschwindsucht durch das Tulaselaktin, das den Namen von seinem milchartigen Aussehen bekommen hat, günstig beeinflusst werden können, hält der Vortragende für zweifelhaft, allzuviel Erfolg verspricht er sich davon nicht. Da es ihm aber gelungen ist, nicht nur grosse Tiere wie Rinder, Schweine und Schafe gegen die krankmachende Wirkung nachfolgender Infektionen mit Tuberkulosegift, durch Verabreichung von Tulaselaktin, zu schützen, sondern auch Kaninchen und Meerschweinchen durch steigende Dosierung des unter die Haut eingespritzten Mittels einen hohen Tuberkuloseschutz zu gewähren, so ist anzunehmen, dass die immunisierende Kraft des Mittels sich auch beim Menschen bewähren wird. Denn nach allen Erfahrungen des Vortragenden ist das, was bei kleinen Tieren gelang, um so leichter bei grossen Tieren und beim Menschen gelungen. Man könne sogar sagen, dass man in der menschenärztlichen Therapie im Durchschnitt viel genügsamer sei als der Experimentator im Laboratorium. Der Höhepunkt der Immunisierung liegt sechs bis zwölf Wochen nach dem Aufhören der immunisierenden Behandlung; während dieser sind alle Infektionsgelegenheiten sorgfältig zu vermeiden. Die Tulaselaktinbehandlung verdankt, wie die von dem Vortragenden als Mithridatisierung bezeichnete Immunisierungsmethode, ihre Wirkung der Produktion von Heilkörpern und dem Übergang derselben in das Blut. Da die Tuberkuloseschutzkörper, die mit zunehmender Immunisierung sich vermehren, aus dem Blut in die Milch übergehen, ist es möglich, die Säuglinge auch dadurch zu immunisieren, dass man sie mit der Milch immun gemachter Tiere oder menschlicher Mütter ernährt. Welches Verfahren vorzuziehen sei, will v. Behring einstweilen unentschieden lassen, aber der direkten Immunisierung misst er eine längere Dauer bei: Er hat sein Mittel mit Erfolg an Kühen erprobt, die keine andere Zeichen einer tuberkulösen Erkrankung als die Ausscheidung von Tuberkelbazillen mit der Milch darboten, Kaninchen mit experimentell erzeugter Augentuberkulose, Schweinen mit Drüsentuberkulose und Meerschweinchen mit chronisch verlaufender Lungentuberkulose. Aus diesen therapeutischen Erfahrungen leitet er die Berechtigung zur Empfehlung einer Tulaselaktinkur beim Menschen ab.

Digitized by Google

In die erste Reihe der Massregeln zur Bekämpfung der Tuberkulose stellt v. Behring die Entfernung der Säuglinge aus den Wohnungen tuberkulöser Familien. Es sei ganz unmöglich, soweit nicht reichbegüterte Familien mit geräumigen Wohnungen in Betracht kommen, die Kinder mit einiger Aussicht auf Erfolg in einer von Tuberkulose durchseuchten Wohnung vor der Ansteckung zu schützen. Die Überführung in ein tuberkulosefreies Haus und die Ernährung mit tuberkelbazillenfreier Kuhmilch sind vorläufig und auf lange hinaus das einzig rationelle Schutzverfahren für Kinder. Die Realisierbarkeit der Wohnungs- und Bodenreform hält der Vortragende noch nicht für erhaben über jeden Zweifel. Einstweilen könnten aber die Säuglingsheime und Kindermilchkühe auf diesem Gebiete Gutes leisten.

Die Lungentuberkulose und die tracheo-bronchialen Drüsenerkrankungen beim Kinde in Cannes. Von J. Roux und Ph. Josserand (Revue des maladies de l'enfance. Jan. 1906.)

Die Autoren untersuchten in Cannes 588 Kinder beiderlei Geschlechtes im Alter von 0—15 Jahren in Bezug auf das Verhalten der Lungenspitzen und auf tracheo-bronchiale Drüsenerkrankungen und kamen dabei zu folgenden Resultaten:

Von diesen 588 Kindern hatten 119, also 20% grosse oder halbgrosse tracheo-bronchiale Ganglien d. i. eine in der Entwicklung begriffene Ganglientuberkulose (die meisten waren in ärztlicher Behandlung). Alle diese Kinder wiesen Veränderungen der Lungenspitze, fast immer beiderseitige auf. Die Veränderungen waren bald links, bald rechts ausgedehnter. — 144 Kinder oder 24% hatten eine vollkommen latente Tuberkulose, die sich durch keinerlei augenscheinliche Krankheitserscheinung geäussert hatte. Diese letzteren hatten kleine Bronchial-Ganglien, die sehr oft durch leise Perkussion wahrnehmbar waren, und anormale Lungenspitzen. Demnach waren von 588 Kindern 263 d. i. 44% tuberkulös. Die Bronchialganglien verrieten immer Lungenveränderungen. Nie fanden die Autoren Bronchialganglien allein; im letzteren Falle hätten dieselben nach Keuchhusten, Masern oder einer früheren Lungeninfektion geforscht.

Die latente Lungentuberkulose ist bei Kindern von den ersten Lebensjahren an ungemein häufig. Drückt man die befallenen Lungen mit grossen, kleinen oder mittleren Ganglien prozentisch aus, so findet man bis zu 20 Monaten ein Minimum, 10,6—15%, von da ab steigen die Prozente, um mit 2 Jahren ein Maximum, 60% zu erreichen, das vom 2. bis zum 7, Jahre mit nur geringen Schwankungen sich erhält; vom 7. bis zum 15 Jahre findet wieder eine Abnahme statt. Diese Befunde stimmen mit den Erfahrungen überein, denn zwischen 2 und 8 Jahren sind die schnell verlaufenden Formen an Tuberkulose häufig, desgl. weist nach verschiedenen Autoren die tuberkulöse Meningitis zwischen 2 und 8 Jahren ein Maximum auf.

Das Gesetz von Louis ist ohne Zweifel wahr: Die aktive extrapulmonäre Tuberkulose ist sehr häufig beim Kinde. Jede extrapulmonäre Tuberkulose beim Kinde ist auf den Transport von Bazillen aus einem latenten pulmoganglionären Herde zurückzuführen. Die aktive Tuberkulose ist häufig beim Kinde; bei demselben bilden die Eingeweide nicht ihre Prädilektionsstelle, aber sie entwickelt sich leicht in dessen Knochen,

Digitized by Google

Ganglien, Synovialmembranen und Meningen. Die Tuberkulose ist beim Kinde viel häufiger als beim Jünglinge und beim Erwachsenen, welch letztere fast nur an Lungentuberkulose erkranken.

Auf Grund ihrer Beobachtungen sind die Autoren der Ansicht, dass der in das Jünglingsalter gelangte Mensch schon seit vielen Jahren mit der Tuberkulose infiziert oder geheilt ist, dass derselbe vor allem mit 2 Jahren infiziert wird. Wäre dies nicht der Fall, d. h würde die Infektion in jedem Alter stattfinden so müsste der Prozentsatz ein um so höherer sein, je älter das Kind wird, je mehr es am sozialen Leben teilnimmt. Das Maximum des Prozentsatzes müsste dann mit 15 Jahren vorhanden sein. Mit 15 Jahren ist ein kleiner Teil durch den Tod eliminiert worden, ein grösserer Teil, mehr als die Hälfte, ist geheilt. — Führt man die in der Entwicklung begriffene Lungentuberkulose des Jünglings und des Erwachsenen auf eine latente, im Kindesalter akquirierte Tuberkulose zurück, so treten die Einwirkungen pathologischer Prozesse, als Intoxikation oder Infektion, Alkoholismus, Diabetes u. s. w., ferner sozialer Erscheinungen, als ungesunde Wohnungen, physische Überanstrengung, ungenügende Ernährung u. s. w. oder endlich physiologische Prozesse, als wiederholte Schwangerschaften, Pubertät, ungenügende Respiration infolge kleiner, enger Brust in ein ganz anderes Licht. All diese Prozesse würden eben alsdann alte Herde zu neuem Leben erwecken. Die erwähnten Autoren sind der Ansicht, dass eine jede Tuberkulose beim Erwachsenen auf eine Infektion im Kindesalter zurückzuführen ist. Will man daher die Lungentuberkulose mit Nutzen einschränken und bekämpfen, so muss man das Kind den fortwährenden Infektionen entziehen oder die latenten oder aktiven ganglionären Formen beim Kinde aufsuchen und die Natur in ihren Abwehrmitteln unterstützen, die floriden ganglionären Formen zur Vernarbung, die schlafenden Granulationen in den Lungen und den Ganglien zum Verschwinden bringen. Die Behandlung der Tuberkulose besteht in der Prophylaxe und dieselbe muss beim Kinde einsetzen. von la Hausse (Kirchweidach).

Über artikuläre und extra-artikuläre Eiterungen in der Pseudoparalyse der syphilitischen Neugeborenen. Von A. B. Marfan — (Revue des maladies de l'enfance. Mai 1906).

Die Mehrzahl der syphilitischen Neugebornen weisen gleich bei der Geburt Veränderungen des Skelettes auf, die vorzugsweise an den langen Knochen der Extremitäten ausgesprochen sind; ihren höchsten Grad erreichen dieselben an den noch grösstenteils knorpeligen Epiphysen und an den der Epiphyse benachbarten Teilen der Diaphyse (Verbindungs-Region). Diese Osteochondritis der frühzeitigen hereditären Syphilis hat einen verschiedenen Verlauf; sie kann, besonders wenn sie gleich anfangs behandelt wird, ohne alle Symptome zur Heilung gelangen; in anderen Fällen kann dieselbe eine Schwellung der Verbindungs-Region bewirken; endlich kann dieselbe eine Epiphysen-Ablösung veranlassen.

Dieses Syphilom der Diaphyse und Epiphyse, welches die Ursache der Pseudoparalyse der Neugeborenen ist, kann in Eiterung übergehen. Selten bleibt diese Eiterung auf die Verbindungs-Region des Knochens beschränkt, meist geht dieselbe auf die Nachbargewebe über. Hierbei kann der Eiter 2 Richtungen einschlagen:

Digitized by Google

1. Er kann das Periost durchbrechen und in die periepiphysären und periartikulären Regionen gelangen; man kann denselben alsdann innerhalb der Muskeln, unter der Haut, in dem die Muskeln umgebenden Zellgewebe finden.

2. Die Eiterung kann gegen die Gelenkfläche der Epiphyse sich ausbreiten und letztere perforieren, wodurch die eitrigen Gelenkerkrankungen entstehen. Diese Eiterungen können in den Gelenken von 4 Gliedern vorkommen: es werden, der Frequenz nach geordnet, davon befallen: die Kniee, die Ellenbogen, die Schulter, das Handgelenk und die Hüfte. Gewöhnlich handelt es sich um eine polyartikuläre, nur ausnahmsweise um eine uniartikuläre Affektion.

Parrot war der erste, der diese Eiterungen studierte. Alle Autoren, welche nach ihm dieselben studierten, stellten sämtlich in Abrede, dass dieselben durch die Syphilis allein bedingt seien, behaupteten vielmehr, dass sie die Folge einer Mischinfektion seien. Nach denselben rührt die Eiterung davon her, dass Streptokokken oder Staphylokokken nachträgin die ursprünglich syphilitischen und nicht eitrigen osteoartikulären Erkrankungsherde eingedrungen sind.

Marfan hat nun einen Fall beobachtet, welcher beweist, dass keines dieser Argumente stichhaltig ist und dass die Eiterung des Syphiloms, der Diaphyse und der Epiphyse der Neugebornen sowie die daraus resultierenden Gelenkeiterungen und periartikulären Abszesse ausschliesslich durch die Wirkung der Syphilis ohne Mithilfe einer gleichzeitig auftretenden Infektion entstehen können.

Es handelt sich um ein 6 Wochen altes Kind, das am 15. Tage nach der Geburt krank zu werden begann. Bei der Untersuchung findet man eine Impotenz der 4 Extremitäten. An den oberen Extremitäten weist die Impotenz alle Merkmale der Parrot'schen syphilitischen Pseudoparalyse der Neugeborenen auf. An den unteren Extremitäten ist die Impotenz mit einem sehr reichlichen Ergusse in beide Kniegelenke verbunden. Durch 3 aufeinander folgende Punktionen konnte man konstatieren, dass die in diesen Gelenken enthaltene Flüssigkeit aus Eiter mit neutrophilen vielkernigen Zellen besteht. Bei der Kultur auf verschiedenen Nährböden und bei der mikroskopischen Untersuchung jedoch erwies sich dieser Eiter als frei von Bakterien. Einreibungen mit grauer Quecksilbersalbe bewirkten eine rasche Besserung; nach Verlauf von 2 Monaten war die Heilung eine vollständige. — Das Kind war stets an der Brust. —

In diesem Falle handelt es sich unleugbar um hereditäre Syphilis. Diese Diagnose stützte sich auf die Merkmale der Impotenz der oberen Extremitäten, welche diejenigen der syphilitischen Pseudoparalyse der Neugeborenen waren. Dieselbe wurde durch die rasche und vollständige Heilung mittelst einfacher merkurieller Einreibungen eines purulenten Ergusses beider Kniegelenke, welchen Verfasser bei der ersten Untersuchung als für beinahe unheilbar hielt, vollkommen bestätigt.

Vorliegender Fall beweist klar, dass die frühzeitige hereditäre Syphilis allein, ohne Mithilfe einer Begleitinfektion, die Eiterung der diaphysoepiphysären Erkrankung, welche die Ursache der syphilitischen Pseudoparalyse der Neugeborenen ist, hervorrufen und die artikulären oder periartikulären Abszesse, welche gleichzeitig mit dieser Eiterung auf-

Digitized by Google

treten können, erzeugen kann. Derselbe beweist, dass, selbst beim Fehlen aller septischen Bakterien, die in diesen Eiterherden vorgefundene Flüssigkeit echter Eiter, Eiter mit vielkernigen Zellen sein kann. Der Syphilis-Bazillus kann daher allein die Eiterbildung verursachen und die Mischinfektion ist zur Erklärung der Eiterungen, die auf das diaphyso-epiphysäre Syphilom der Neugeborenen folgen können, nicht nötig.

In diesem Falle kann in der Tat keine andere Ursache namhaft gemacht werden; der kleine Patient wies keine Hauteiterung, keine Gonokokkeninfektion auf; der Gelenkeiter erwies sich nach dreimaliger Untersuchung mittelst des Mikroskopes und mittels Kulturen als vollkommen bakterienfrei. Die so schweren Gelenkerkrankungen heilten unter merkurieller Behandlung vollständig und rasch.

von la Hausse (Kirchweidach).

Über metadiphtheritische Pleuritis. Von Deguy und Detot (Revue des maladies de l'enfance. Februar 1906).

Auf Grund ihrer Beobachtungen kommen die Autoren zu dem Schlusse, dass im Verlaufe der Diphtherie die verschiedensten Formen der Pleuritis auftreten können. Die purulenten Formen sind immer durch eine sekundäre Infektion, gewöhnlich durch Streptokokken bedingt; dabei bildet die Eingangspforte für das pathogene Agens, nach der Frequenz geordnet, zuerst die Bronchien-Lungenbahn, dann die Blutbahn, endlich die Mediastinalbahn. Die serofibrinösen Formen kommen bald im Vereine mit Lungenläsinoen vor, bald, was viel seltener der Fall ist, scheinen sie davon unabhängig und wenn auch der Nachweis hierfür nicht erbracht werden kann, durch die diphtheritische Intoxikation selbst bedingt zu sein.

Die Pleuritis, die klinisch nachweisbare Form, ist eine seltene Komplikation der Diphtherie, sie beträgt zwischen 2 und 7%. Bei Sektionen jedoch findet man öfter, in ca. 15% der Fälle, eine Veränderung der Pleura, woraus hervorgeht, dass die Entzündung der Pleura oft sehr gering, oft von keinem Ergusse begleitet ist, und oft während des Lebens latent bleibt. Der Pleuraerguss tritt im Mittel zwischen dem 10. und 20. Tage nach dem Beginne der Angina auf. Meist handelt es sich um eine schwere Diphtherie. von la Hausse (Kirchweidach.)

Zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, speziell des Brechdurchfalls. Von Apfelstedt. (Therap. Monatsh. 1906, Oktober).

Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit ist in Wirklichkeit ein Kampf gegen die Intestinalerkrankungen, besonders gegen den Brechdurchfall, die Cholera infantum. Das Hauptkontingent für diese Krankheiten stellen die künstlich ernährten Kinder. Die Unsauberkeiten bei der Milchgewinnung, die Unzweckmässigkeiten bei der Zusammensetzung und Zubereitung der Säuglingsnahrung können Darmstörungen der verschiedensten, auch schwersten Art hervorrufen, aber keinen echten Brechdurchfall. Der alleinige Erreger der Cholera infantum ist in hochvirulentem Bacterium coli zu suchen, das von aussen übertragen wird. Es kann durch die Hand des Pflegepersonals auf den Säugling übertragen werden. Dann handelt es sich um frisches, vor kurzem aus dem Darm Erwachsener oder von Säuglingen entleertes Bacterium coli.

Digitized by Google

Weit gefährlicher ist das Bact. coli aus stagnierenden oder gärenden Fäkalien, welchem höchste Virulenz und Pathogenität zukommt. Dieses findet sich häufig an der Gesamtoberfläche der ihren Brutort verlassenden jungen Stubenfliegen. Diejenigen Stadtteile, Häuser und Wohnungen, in denen die meisten und schwersten Fälle von Cholera infantum vorkommen, beherbergen auch die meisten Fliegen. Unbeaufsichtigte Säuglinge werden notorisch am meisten von Fliegen geplagt. Beim Aufsaugen von Milchresten am Munde des Kindes können Fäkalienreste und Kolikolonien vom Fliegenkörper abgestreift und später vom Säugling verschluckt werden. Natürlich gibt es auch noch andere Übertragungsmöglichkeiten.

Die Folgerungen aus dem Gesagten ergeben sich von selbst. Die Verunreinigungen der Milch lassen sich zum überwiegenden Teil durch Sterilisation ausgleichen; das sicherste und einfachste ist und bleibt der Soxhletapparat. (? Ref. — Diesem Schluss kann auch der Herausgeber nicht beistimmen. Zu erinnern ist z. B. an die sog. Milchintoxikationen, die das Sterilisieren nicht verhütet. Das sicherste zur Verhütung des Brechdurchfalls ist peinlichste Sorgfalt bei der Erzeugung, Stallhygiene, Fütterung, Kühlung u. a. m.) und dem Verbrauch der Milch.

Zur Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit an Brechdurchfall ist erforderlich:

Aufklärung der Pflegerinnen und Mütter über die Hygiene der Defäkation;

Schutz der Wohnungen vor Fliegen durch Ventilation, Reinlichkeit, Fliegenfenster etc.;

stete Beaufsichtigung der Säuglinge.

In der Hauptsache aber wird der Kampf gegen die Säuglingsmassensterblichkeit, soweit sie durch Cholera infantum, also durch Bact. coli bedingt ist, ohne gesetzgeberische oder polizeiliche Verordnungen aussichtslos sein. Schnell (Egeln).

Hefetherapie der Gastroenteritis im Kindesalter. Von Sittler. Aus der Strassburger Univ.-Poliklinik f. innere und Kinderkrankheiten. (Münch. med. W. 1906, Nr. 36).

Bei den Gastroenteritiden jüngerer und älterer Kinder wurde auf der Poliklinik die Anwendung der Hefepräparate versucht, und zwar Levurinose, Levur Adrian (beide in Pulvern zu je 1 g) und Levuretin (in Tabletten von 0,5 g), von denen sich das letzte am besten zu bewähren schien. Es wurden davon 3—4—5 Tabletten, je nach dem Alter des Kindes, fein verrührt in abgekühltem süssen Tee oder Zuckerwasser gegeben. Daneben fand diätetische Behandlung statt, nötigenfalls wurden noch andere medikamentöse Präparate oder Magen- und Darmspülungen angewandt.

Auffallend war der Erfolg der Hefetherapie bei den mit starker Fäulnis des Darms einhergehenden Enteritiden. Der schlechte Geruch der Stühle besserte sich fast immer gleichzeitig mit einer Verminderung der Zahl derselben. Auch die anderen Enteritiden reagierten meist gut auf Hefe. Bei Gastroenteritis hörte das Brechen prompt auf. — In einigen Fällen wurde die Gastroenteritis oder Enteritis durch Hefeverabreichung allein zur Heilung gebracht; darunter befanden sich schwere

Digitized by Google

Fälle, die weder auf Kalomel, Wismut oder Tannalbin, noch auf Darmspülung reagiert hatten. In anderen Fällen wurde vor der Hefe Kalomel oder Purgen, in wieder anderen nachher oder gleichzeitig Wismut, Bismutose oder Tannalbin mit Erfolg gegeben, während vorher dieselben Präparate bei den betreffenden Patienten unwirksam geblieben waren.

Unangenehme Nebenwirkungen kamen kaum zur Beobachtung.

Schnell (Egeln).

Weitere Mitteilung über die Verwendung der alkalisierten Buttermilch als Säuglingsnahrung und über die Dauerpräparate der alkalisierten Buttermilch. Von Moll. Aus Prof. Epsteins Kinderklinik in Prag. (Deutsche med. W. 1906, Nr. 32).

Die alkalisierte Buttermilch wird in der Weise zubereitet, dass zu 1 Liter 52 g einer Mischung von folgender Zusammensetzung zugesetzt werden: Milchzucker 20 g, Rohrzucker 20 g, Knorrs diastasiertes Reismehl 9 g, Natr. carbonic. sicc. 3 g (Buttermilchzusatz von der Radlitzer Dampfmolkerei Kirschner in Prag-Smichow). Nach ordentlichem Verrühren wird unter ständigem Quirlen gut aufgekocht. Nach dem Kochen wird das Gefäss vom Feuer weggezogen und das Quirlen noch 5 Minuten fortgesetzt. Die Einzelportionen werden noch heiss in gründlich gereinigte und gut verschliessbare Fläschchen gefüllt, langsam abkühlen lassen und dann in die Kälte, womöglich auf Eis gestellt. Dieses Gemisch ist die alkalisierte magere Buttermilch.

Wenn bei genügenden Tagesmengen dieser mageren Buttermilch und guten anfänglichen Erfolgen Gewichtsstillstand eintrat, wurde derselben Fett in Form eines konzentrierten Zentrifugierrahms zugesetzt. Es wird der Rahm in der Menge von 10% nach dem Zusatz der erforderlichen Menge des Pulvers zugegeben und dann gekocht. Steht ein Zentrifugierrahm nicht zur Verfügung, so wird auch schon die gewöhnliche Haussahne mit Vorteil verwendet werden können. Diese Buttermilch ist die alkalisierte fette Buttermilch.

Klinische Erfahrungen lehrten, dass höchstens sechs Mahlzeiten pro Tag in vierstündlichen Pausen ausreichten und dass als Anfangsdosis nur jene geringe Menge gewählt werden muss, die eben hinreicht, das Erhaltungsbedürfnis des Kindes zu decken. Durchschnittlich genügten dafür 100 g B.-M. pro Tag für 1 kg Körpergewicht des Kindes. Wird die Nahrung gut vertragen und ist Gewichtsstillstand eingetreten, ist die Nahrungsmenge vorsichtig um ein geringes zu steigern.

Die alkalisierte Buttermilch konnte lange Zeit und ausschliesslich gegeben werden; es gelang mit ihr, Kinder von den frühesten Wochen bis ins zweite Halbjahr hinein zu ernähren. Das Aussehen und Allgemeinbefinden der Kinder war ein andauernd gutes; Folgeerscheinungen, wie Rachitis, konnten nicht konstatiert werden. Auch kleine, lebensschwache, frühgeborene, syphilitische Kinder vertrugen diese Buttermilch bei entsprechend gering gewähltem Nahrungsquantum auffallend gut und entwickelten sich in befriedigender Weise.

Die Buttermilch bewährte sich:

1. Als Beinahrung bei gesunden Brustkindern wegen Insuffizienz der Mutter.

2. Als ausschliessliches Nährmittel für gesunde Kinder, deren Ver-

Digitized by Google

dauungsvermögen von allem Anfange an ein gutes war, oder vorher durch unzweckmässige Ernährung gelitten hatte.

3. Als ausschliessliches Nährmittel für frühgeborene, lebensschwache Kinder.

4. Als Beinahrung neben der Brust, oder als ausschliessliche Nahrung bei atrophischen, durch chronische Darmerkrankungen herabgekommenen Kindern.

5. Als Diätetikum bei subakuten oder chronischen, hartnäckigen Dyspepsien, namentlich bei jenen, welche mit schlechter Fettverdauung einhergingen.

Da Buttermilch in verlässlicher Form nicht überall und täglich zur Verfügung steht, so wurde die alkal. Buttermilch in kondensierte Form gebracht. Diese Buttermilchkonserve wird in zwei Formen entsprechend der mageren und fetten B.-M. dargestellt. Die Resultate mit derselben entsprechen den mit der frisch zubereiteteten B.-M. gewonnenen.

Auch ein Trockenpräparat wird fabrikmässig hergestellt.

Schnell (Egeln).

Zur Frage der Wöchnerinnen-Ernährung und Kinder-Diät. Von Fürst. (Der Frauenarzt. Heft 12, 1906.)

Diese Arbeit hat für den Pädiatriker ein doppeltes Interesse, weshalb über deren Inhalt ausführlicher referiert sei. Zunächst hat sich für das Stillvermögen der Wöchnerinnen Prof. Dr. Walcher, der Direktor der Landeshebammenschule in Stuttgart, auf Grund seiner 20jährigen Erfahrungen sehr entschieden geäussert, und zwar in einem Vortrag auf dem dortigen Naturforschertag. Ganz wie v. Winckel (München) vor etwa 20 Jahren, und wie Vorstände moderner Säuglingsheime ist er zu dem Resultate gekommen, dass die Wöchnerin sich am schnellsten erholt und kräftigt, wenn sie entgegen dem sehr verbreiteten Vorurteil gleich vom ersten Tage ab gut ernährt wird und dass hierdurch stets eine für die Ernährung des Kindes reichlich genügende Milchproduktion erzielt wird. Er verwirft deshalb auch die noch vielfach ohne Grund befolgte Hungerdiät der Entbundenen, da hierdurch das neugeborene Kind in seiner Ernährung leidet. Zur event. nötigen Hebung des Appetits rät Fürst, den Speisen der Wöchnerinnen Maggi-Würze zuzusetzen, da diese erfahrungsgemäss die Menge und Acidität des Magensaftes steigert.

Was ferner die Ernährung des Kindes im Säuglingsalter betrifft, so spricht sich F. ebenfalls sehr zu Gunsten der pflanzlichen Würzstoffe aus, wie sie Maggi auf so vollkommene Weise in seinen bekannten diätetischen Präparaten verwendet hat. Von dem Momente an, wo das Kind nicht mehr lediglich Milchkonsument und auch über die Periode des Milchgriesses sowie des Milch-Zwieback-Aufgusses hinaus ist, wird es von der Natur selbst prädestiniert, zu gemischter, konsistenterer Kost überzugehen. Zu dieser durch die Dentition markierten Zeit erfährt sein Speisezettel eine gewisse Bereicherung. Abgesehen von gewiegtem, feinem Geflügelfleisch, Ei und Gemüsepürees tauchen jetzt Bouillonsuppen mit passenden Einlagen auf. Nicht immer und zu jeder Jahreszeit, auch nicht überall (man denke nur an Reisen und Sommerfrischen) hat man die Möglichkeit und Gelegenheit, dem Kinde eine

Digitized by Google

kräftige und zugleich wohlschmeckende Suppe zu bereiten. Selbst wenn man eine dünne, magere Bouillon erhalten kann, ist doch die Beschaffung der für das Kind geeigneten, tadellosen Ingredienzien oft recht umständlich und zeitraubend. Wenn man nun mit den geringsten Mitteln (10 Pfg. für reichlich 2 Teller) und fast mühelos, nur mit kochendem Wasser, in wenigen Minuten eine wohlschmeckende, nahrhafte Suppe herstellen kann, wie mittelst der Maggi'schen Suppenwürfel, so ist dies sowohl vom Standpunkte der Ernährungs-Physiologie, als auch von dem der Ökonomie freudig zu begrüssen. Zahlreich sind die hierbei verwendeten, für das Kind geeigneten Einlagen (Gries, Hafermehl, Gerste, Gräupchen, Tapioka, Sago, Nudeln, Julienne, Reis usw.) und gross das ermöglichte Abwechseln. Blosse Bouillon von tadelloser Qualität, aus Maggi's gekörnter Fleischbrühe augenblicklich bereitet, kann auch mit Weissbrotscheibchen dem Kinde gereicht werden. Dem durch das Wachstum bedingten grösseren Nahrungsbedarf des Kindes lässt sich durch Hebung des Appetits und Wohlgeschmackes nachhelfen, indem man den Fleischspeisen, Gemüsen usw. einige Tropfen von Maggi's Würze zusetzt. Hat doch dies Präparat sich nicht nur durch die Bickel-Rheinboldt'schen Versuche als ein souveränes Anregungsmittel der Magensaft-Sekretion bewährt, sondern auch gezeigt, dass keine störenden Nebenwirkungen auf Magen, Darm, Herz, Nieren etc. bei dem Gebrauch auftreten, (Liebreich, Micko), wie man dies nach animalen Extraktivstoffen bei empfindlichen Kindern beobachtet hat. (Autorref.)

Über die Rhinitiden der Säuglinge. Von Fr. von Torddy. Aus dem Budapester staatlichen Kinderasyl. (Jahrb. f. Kinderhlk. Bd. 69. Heft 2).

Die Kasuistik des Verfassers bezieht sich auf 18 Fälle von schwerer lebensgefährlicher Rhinitis. Zur Sammlung der Kasuistik bewog Verf. der Umstand, dass bei einem von einer kroupösen Pneumonie mit meningealen Symptomen geheilten und zunehmenden, gut aussehenden 4 monatlichen Säugling eine anfänglich seröse, später purulente Rhinitis mit hohem Fieber und starkem Verfall der Kräfte auftrat. Den schweren Lufthunger erhöhte eine hinzutretende ausgedehnte Bronchitis. Unter solchen Umständen erlag das Kind. Aus dem Nasensekrete entwickelten sich virulente Streptokokken-Kulturen. 5 Tage nach Erkrankung dieses Säuglings erkrankte in demselben Saale ein 8 monatlicher, gesunder, schon für die Zieheltern bestimmter Säugling unter denselben Symptomen und starb nach einigen Tagen, von ständigem hohen Fieber, erschwerter Atmung und Schlingbeschwerden gequält. In den letzten Tagen musste er mit der Sonde ernährt werden. Die Sektion ergab keine andere wesentliche Todesursache als die Rhinitis. In der ersten Hälfte Januar 1905 verlor die Abteilung auf ähnliche Weise einen 3 wöchentlichen, starken Säugling. Aus den Nasensekret wurde eine Streptokokken-Kultur erhalten. Eine Woche später erkrankte ein in demselben Krankensaal liegender Säugling an schwerer Rhinitis purulenta. Zur Rhinitis gesellte sich am 4. Tag Peritonitis mit Meteorismus, unstillbarem Erbrechen und Kollaps. Aus dem Nasensekret konnte eine Streptokokken-Reinkultur gewonnen werden. Die mit Bouillon-Kultur gespritzte Maus ging am 12. Tage zu Grunde. Im Blut nur Milz - Streptokokken. Die von der purulenten Rhinitis stammende

Digitized by Google

septisch-purulente Peritonitis war in diesem Fall höchstwahrscheinlich die Todesursache. In einem anderen Fall gesellte sich zu der anfänglich serösen, dann purulent gewordenen Rhinitis diffuse Bronchitis, nachher eine doppelseitige Lungenentzündung, der das Kind erlag. Im Monate Februar war auf der Abteilung des Verf. eine Rhinitis-Endemie. Im Verlaufe von 2 Wochen erkrankten 10 Säuglinge an mehr oder minder schwerer Rhinitis. Zwei davon starben, der eine an Bronchopneumonie. In allen diesen Fällen ergab die Untersuchung Streptokokken-Kulturen. — Während dieser kleinen Endemie versuchte Verf. die von Ballin nach seinen, am Berliner städtischen Kinderasyl gemachten Erfahrungen empfohlene Adrenalin-Therapie. Statt Adrenalin gebrauchte Verf. Tonogen-Richter. Alle 3—4 Stunden wurden in Tonogen getauchte Wattetampons in die Nase der erkrankten Säuglinge auf einige Minuten eingeführt. Verf. sah dabei einen Nachlass der Nasenverstopfung durch Verringerung des Ausflusses, eine Besserung der Atmung und des Allgemeinbefindens. Von den seitdem behandelten 15 Fällen starb ausser den 2 schon erwähnten keiner. Verf. gelangt daher zu einer bekräftigenden Empfehlung der Nebennieren-Präparate bei der Säuglings-Rhinitis. Von diesen Präparaten empfiehlt Vohsen das Paranephrin, doch betont er dabei die Notwendigkeit des Ausblasens der Nase vor der Instillation, ebenso Lermoyez. Statt des Ausblasens empfiehlt Sondermann das Aushebern des Schleims. — Bei einfacher seröser Rhinitis rät Marfan das Eintröpfeln 1% Menthol-Öls in 3—4 stündigen Zwischenräumen an. Netter (Pforzheim).

Das Alypin in der Therapie der Nasen-, Hals- und Kehlkopfkrankheiten. Von E. Baumgarten. (Budapesti Orvosi Ujsag Nr. 11, 1906.)

Auf Grund zahlreicher Versuche kommt der Autor zu dem Schlusse, dass das Alypin für die Anästhesie der Schleimhäute ein mit Kokain gleichwertiges Präparat ist. In den meisten Fällen genügt eine 10%ige Lösung, um eine vollständige Empfindungslosigkeit zu erreichen. Ein wesentlicher Unterschied zwischen den beiden Mitteln besteht darin, dass Alypin im Gegensatz zu der bekannten anämisierenden Eigenschaft des Kokains eine geringgradige Hyperämie hervorruft, die jedoch nur wenige Minuten anhält. Von dieser Nebenwirkung des Alypins kann man mit Vorteil bei der Abtragung hypertrophischer Nasenmuscheln Gebrauch machen, weil hier das Kokain eine so starke Kontraktion der Gefässe bewirkt, dass dadurch das Abzwicken der Conchae ausserordentlich erschwert oder unmöglich gemacht wird. Auch pflegt bei der Anwendung des Kokains die Nachblutung sehr beträchtlich zu sein. Baumgarten gebraucht daher jetzt ausschliesslich für diese Operation Alypin mit sehr gutem Erfolge. Die Abtragung unter Alypinanästhesie verläuft ohne Zwischenfall, und es gelingt leicht, die resezierten Gebilde aus der Nase zu entfernen. Die Blutung war in keinem Falle grösser als ohne Anwendung eines Anästhetikums. Ein weiterer Vorzug ist, dass die Tamponade der Nase nach der Operation von den Patienten kaum gespürt wird.

Ausgezeichnet bewährt hat sich das Alypin bei Kehlkopfoperationen. Es schmeckt nicht so bitter wie Kokain und die subjektiven Empfindungen der Patienten sind nach dem Pinseln lange nicht so stark

Digitized by Google

ausgeprägt. Bei nervösen Personen ist dies von grosser Bedeutung: Jeder Operateur wird wohl schon die Erfahrung gemacht haben, wie aufgeregt diese Kranken werden, wenn sie nicht schlucken können, und das zusammenschnürende Gefühl nach der Kokainapplikation sie befürchten lässt, zu ersticken.

Bei der Operation hypertrophischer Mandeln gebraucht der Autor bisher weder Kokain noch Nebennierenpräparate, um die nach der Tonsillotomie auftretende parenchymatöse Blutung genau übersehen zu können. Er verwendet jetzt Alypin, weil dieses die Haemorrhagie nicht beeinflusst, mit bestem Erfolg. — Man kann auch Alypin und Kokain nacheinander anwenden oder kombinieren. In einem Falle wurden durch gleichzeitige Anwendung der beiden Anästhetika so auffallend günstige Resultate erzielt, dass die Versuche nach dieser Richtung hin fortgesetzt werden sollen.

Aus der Zeitschrift für Säuglingsfürsorge. Bd. 1 Heft 2 u. 3. Die Säuglingssterblichkeit in Preussen, ihre Ursachen und ihre Bekämpfung. Von Dietrich.

Eingangs weist D. darauf hin, dass noch immer selbst in sogen. gebildeten Kreisen ein bedauerlicher Mangel an Verständnis für die Bedeutung der Säuglingssterblichkeit vorhanden ist, und dass man sich daher nicht wundern darf, dass in den niedern Volksschichten erst recht Unwissenheit hierüber herrscht. Zunächst gibt nun Autor in 6 Fällen ein ausführliches Zahlenmaterial, aus dem hervorgeht, dass die Säuglingsmortalität in Preussen noch immer eine erhebliche ist, obwohl sie in den letzten Jahren etwas zurückgegangen ist (1896—1900 20.10 auf 100 Lebendgeborene 1904 18,49.) Als Ursachen kommen hauptsächlich die Ernährungsstörungen in Frage, die mehr als $^2/_3$ aller Todesfälle der Kinder im ersten Lebensjahre bedingen. In erster Linie verantwortlich zu machen ist hierfür der Rückgang des Stillgeschäfts. Ferner fehlt es für diejenigen Kinder, welche schliesslich doch auf die künstliche Ernährung angewiesen sind, vielfach an der Möglichkeit, einwandfreie Kindermilch zu beschaffen und den Müttern mangelt die Kenntnis darüber, wie die künstliche Nahrung der Säuglinge zubereitet und gehalten werden muss. Ferner kommen in Frage der Mangel an ausreichender Pflege und die schlechtere Gestaltung der Wohnungsverhältnisse infolge des Anwachsens der Industrie.

Zur Bekämpfung dieser Schädlichkeiten sind bisher schon verschiedene Massnahmen getroffen worden: Aufklärung der Bevölkerung über zweckmässige Pflege und Ernährung des Säuglings durch Merkblätter, mündliche Unterweisung und Vorträge, Abgabe guter Kindermilch für Bedürftige zu ermässigten Preisen, Regelung des Milchverkehrs, Neuregulierung des Haltekinderwesens, Belehrung der Hebammen, Errichtung von Anstalten zur Aufnahme und Verpflegung von Säuglingen und deren Mütter u. s. w.

Ob die durch die neuesten statistischen Erhebungen festgestellten Abnahme der Säuglingssterblichkeit schon als eine Folge der eingeleiteten Massnahmen angesprochen werden kann, wird sich mit Sicherheit erst in einigen Jahre feststellen lassen, es sprechen jedoch einzelne Anzeigen dafür, dass die gross angelegte Bekämpfung schon Erfolge zeitigt, wenn auch die Hauptarbeit noch zu tun verbleibt.

Über den Betrieb der Schutzstelle des Vereins

Digitized by Google

„Säuglingsschutz" in Wien im J. 1905 berichtet Dehne und gibt durch Tabellen und Diagramme ein Bild von der Tätigkeit in den einzelnen Abteilungen: Milchbereitung, Milchabgabe und Ordination. Die Gemeinde Wien hat sich der Sache in einer Weise materiell und moralisch angenommen, die den Bestand der Vereins nicht bloss garantiert, sondern auch die Ausbreitung desselben auf ganz Wien bedingt. Mögen andere Gemeinden sich daran ein Beispiel nehmen!

Einige Bemerkungen über den Wert der „Stillprämien" macht Salge auf Grund seiner Erfahrungen, die er als Leiter einer der städtischen Fürsorgestellen in Berlin gesammelt hat. Er schätzt die Zahl der Stillfähigen auf 90%, die der Stillenden auf ca. 30%. Als Gründe für das Nichtstillen in den für die Fürsorgestellen in Frage kommenden Kreisen gelten ihm besonders die durch das Mitverdienen der Mütter bedingte Abwesenheit vom Hause und der ungünstige Einfluss der sehr oft in dieser Beziehung schlecht vorgebildeten Hebammen; aber auch die Reklame der Nahrungsmittelfabrikanten ist von schädlicher Wirkung. Endlich muss beachtet werden, dass selbst die ganz gut gemeinte Verteilung von „Kindermilch" den Bestrebungen, die auf das Selbststillen gerichtet sind, nicht förderlich ist, da sie die Mutter dazu verleitet, die Brust versiegen zu lassen und das Kind künstlich zu nähren. Schafft man ihr aber die Möglichkeit, die Summen, die sie durch ihrer Hände Arbeit ausserhalb des Hauses verdienen kann, ganz oder teilweise von der Allgemeinheit für die Leistung ihrer Mutterpflicht zu erhalten, so gewinnt man in ausserordentlich zahlreichen Fällen die Mutter für das Stillgeschäft. Die von Salge geleitete Fürsorgestelle III vermochte durch das Geschick der in ihren Diensten stehenden Schwester gar bald gute Erfolge zu erzielen. An Stelle des oft unheilvollen Einflusses der Hebammen trat ein günstiges und das Versprechen, der Mutter eine materielle Unterstützung zu verschaffen bzw. unter Umständen die sofortige Auszahlung einer solchen vermochte meist dem Kinde den Segen der Mutterbrust zu erhalten. Mit der Annahme der Unterstützung, die zwischen 30 und 80 Pfg. pro Tag schwankte, wurde von der Mutter als einzige Verpflichtung nur der Besuch der Fürsorgestelle gefordert. Besonderen Wert legt Salge darauf, dass es der Fürsorgestelle gelang, in solchen Fällen, in denen die vorhandene Nahrung wesentlich nicht ausreichte, das sogen. Allaitement mixte durchzuführen, welches Verfahren nach ihm in Deutschland noch viel zu wenig geübt wird. Die in Berlin erzielten Resultate sind nach S. ausgezeichnet, wenngleich diese Fürsorge nicht gerade billig ist. Immerhin bringt das aufgewendete Geld erheblichen Nutzen. Zum Schluss erörtert S. noch die Frage, ob die Fürsorgestellen in der Beurteilung mit den Polikliniken auf eine Stufe zu stellen sind und verneint dies, da die hier in Frage kommenden Kreise in diesem Falle wohl sonst nie einen Arzt zu Rate ziehen würden und somit eine Schädigung der Ärzte ausgeschlossen ist.

In einer „Zur Diätetik des Kindesalters in der Anschauung des Volkes" überschriebenen Arbeit gibt Wedekind eine Zusammenstellung von Antworten auf Fragen, die er an Mütter, welche die Poliklinik für Kinderkrankheiten zu Halle besuchten, gesichtet hat und die zum Teil noch die wunderbarsten Anschauungen verraten.

Baron (Dresden).

Digitized by Google

Rezensionen.

Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. Vorträge gehalten an der allgemeinen Poliklinik von Professor Dr. Alois Monti. 24. Heft. Künstliche Säuglingsernährung. Gr. 8°. 75 S. Wien. 1907. Urban u. Schwarzenberg. 2 Mk. = 2,40 Kr.

In diesem Hefte gibt Monti eine ausführliche Beschreibung der Ernährung der Neugeborenen mit den verschiedenen Milchsorten und künstlichen Nährpräparaten. Den grössten Raum nehmen natürlich die zahlreichen Bereitungsweisen der Kuhmilch ein. Ziegen-, Schaf-, Stuten-, Büffel- und Kameelmilch kommen bei uns mit vereinzelten Ausnahmen der ersteren aus erklärlichen Gründen nicht in Betracht.

Nach Aufzählung und Beschreibung der bisher empfohlenen Sterilisierungsverfahren bespricht Monti die von ihm empfohlene und erprobte Säuglingsernährung mit Kuhmilch verdünnt mit Molke: „Die Molke wird aus verlässlicher, möglichst fettreicher Milch bereitet. Ein Liter Milch wird auf 35° C. erwärmt, sonach 1 gr französischen Labpulvers in 40 gr destilliertem Wasser oder 1—2 Esslöffel voll Labessenz hinzugesetzt. Das Ganze wird bis zur Gallertbildung stehen gelassen, was gewöhnlich innerhalb 25—30 Minuten eintritt, und nochmals auf 68° C. erwärmt, dann bis zum Erkalten stehen gelassen und schliesslich durch ein Seidentuch filtriert."

Eine so bereitete Molke hat ein spezifisches Gewicht von 1020 bis 1027, reagiert alkalisch und enthält in Prozenten: Kasein 0,03, gelöstes Eiweiss 1,0—0,8, Fett 1%, Zucker 4,5—5,0, Salze 0,7.

M. rühmt die Erfolge mit dieser Säuglingsmilch, die er seit 1898 in Klinik und Privatpraxis eingeführt hat.

Von den andern künstlich aus Kuhmilch hergestellten Säuglingsnahrungen lässt M. als Dauernahrung nur noch die Backhausmilch (ein Gemisch aus Molke, Rahm und Trypsin) zu.

Für Mehlabkochungen, die der Kuhmilch zugesetzt werden, kann sich M. nicht erwärmen, ebensowenig wie für Buttermilch.

Milchderivate werden von ihm durchweg als ungeeignet bezeichnet.

Am Schlusse des Heftes gibt M. Regeln der praktischen Durchführung der künstlichen Säuglingsernährung.

Hochheim (Halle).

Die sexuelle Aufklärung der Jugend. 1. Der Standpunkt des Arztes von Sanitätsrat Dr. Rosenthal. 2. Der Standpunkt des Geistlichen von Pastor Wilhelm Witte. 3. Der Standpunkt des Pädagogen von Prof. Dr. F. Kemsies. 8°, 32 S. Berlin 1906. Hermann Walther Verlagsbuchhandlung G. m. b. H. Preis 1 Mk.

Die Schrift ist eine Veröffentlichung des Vereins für Schulgesundheitspflege zu Berlin.

Das ärztliche Gutachten Rosenthals geht dahin, dass an der Hand des naturwissenschaftlichen, botanisch-zoologischen Unterrichts den Schülern eine sexuelle Belehrung zu teil werden muss.

Digitized by Google

Denselben Standpunkt nimmt das Gutachten des Geistlichen Pastor Witte und des Pädagogen Professor Dr. Kemsies ein. Letzterer zeigt, wie er dabei in Quarta und Tertia vorgegangen ist. Alle drei sind der Ansicht, dass Schule und Haus hierbei zusammen gehen müssen.

Es ist mit Freuden zu begrüssen, dass die dabei hauptsächlich beteiligten Stände, Mediziner, Theologen und Philologen jetzt wenigstens alle drei unisono derselben Meinung sind, dass eine sexuelle Aufklärung der Jugend schon in der Schule notwendig ist.

Welch eine Umwandlung der Anschauungen innerhalb der letzten 7 Jahre! Als ich im Jahre 1899 noch längst vor Begründung der Gesellschaften zur Bekämpfuug der Geschlechtskrankheiten, in der II. Aufl. meiner grösseren Monographie: Die Masturbation und schon in der ersten Auflage derselben als einer der Ersten für eine energische Belehrung in sexualibus beim Entlassen der Kinder aus der Schule, der Konfirmation, eintrat und genau auseinander setzte, wie eine solche stattzufinden habe, wurde ich noch heftig von der pädagogisch-philologischen (selbst teilweise von der medizinischen) Presse angegriffen, obgleich kein Geringerer als der Geheime Oberschulrat Universitätsprofessor Dr. Schiller, s. Z. wohl Deutschlands bedeutendster Pädagoge, meiner Schrift ein Geleitswort vorausschickte, und heute sehe ich den grössten Teil meiner Forderungen von den Pädagogen als anerkannt! Sic tempora mutantur et nos mutamur cum eis.

Die kleine Schrift präzisiert den Standpunkt der hauptsächlich dabei beteiligten Faktoren völlig genügend. Es wäre nur zu wünschen, dass dieselbe nicht bloss in ärztlichen, besonders schulärztlichen Kreisen, sondern auch in Lehrer- und Pastorenkreisen die gebührende Beachtung fände, um hier einmal zu ernstem Nachdenken und — dementsprechenden Handeln anzuregen. Die Wichtigkeit des Gegenstandes verdient es.

Rohleder (Leipzig).

Praktischer Führer durch die gesamte Medizin mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Therapie. Nachschlagebuch in allen Fragen für den praktischen Arzt und Studierende. Herausgegeben von San.-Rat Dr. Lorenz in Scharley, O/S., Knappschaftsarzt. II. vollst. überarbeitete und vermehrte Aufl. II. Band. 516 S. Leipzig 1907. Benno Konegen Verlag. Preis für beide Bände geheftet 30 Mk., gebunden 34 Mk.

Mit diesem II. Bande schliesst der praktische Führer. Sein Inhalt sind Schwangerschaft, Pathologie der Geburt, geburtshilfliche Operationslehre, Wochenbett und seine Komplikationen, das Neugeborene, Krankheiten der oberen, unteren Extremitäten und des Beckens, Hautkrankheiten, Krankheiten des Greisenalters und die Hyperämie als Heilmittel. Den Schluss bildet das sehr ausführliche Register für beide Bände.

Entsprechend der Wichtigkeit für den Landarzt ist die Geburtshilfe sehr eingehend behandelt. Unter den entbindenden Operationen ist die Symphyseotomie und die Pubiotomie nach Döderlein und die Morphium-Skopolaminnarkose als Ersatz für die Chloroform- und Äthernarkose als noch nicht reif für die allgemeine Praxis wohlweislich weggelassen. Ebenso ist der Kaiserschnitt in den Lehrbüchern nachzulesen.

Mit der Behandlung der infektiösen Wunden mit Jodoform, für das

Digitized by Google

Verf. sehr zu schwärmen scheint, kann sich Ref. nicht einverstanden erklären; der widerwärtige Geruch dieses Desinfektionspulvers ist durch nichts vollkommen zu vertreiben; wohl aber ist dieses Mittel durch andere gleichwirkende Pulver zu ersetzen, z. B. durch Vioform, Airol, Xeroform.

Im Abschnitte über Hautkrankheiten lehnt sich L. eng an Jessner an und gibt hier wohl im wesentlichen einen in dessen Kompendium für Hautkrankheiten vertretenen Standpunkt bezw. Diagnose und Therapie sicher nicht zum Nachteile des Buches wieder.

Die Hyperämie als Heilmittel, der letzte Abschnitt des Werkes, ist ein Exzerpt aus dem gleichnamigen Werke Biers; dieser Teil wird jedenfalls von vielen Ärzten als eine praktische Erweiterung der I. Auflage des Werkes begrüsst, da sie in diesem Auszuge alles das kurz zusammengestellt finden, was sie sich sonst erst mühsam in dem grossen klassischen Werke Biers zusammensuchen müssten. Hochheim (Halle).

1. Ein Kapitel moderner Balneotechnik im Lichte der neueren Mineralquellen- und Bäderforschung (mit 30 Abbildungen im Text). Von Kaiserl. Rat Dr. Arthur Loebel. Gr. 8° II u. 63 S. Leipzig 1906. Benno Konegen Verlag. Preis 1,80 Mk.
2. Studien und Vorträge über die Wirkung der Kohlensäure- und Moorbäder. Von Kaiserl. Rat Dr. Arthur Loebel, K. K. Bäder- und Brunnenarzt in Dorna. Gr. 8°. 57 S. Leipzig 1906. Benno Konegen Verlag Preis 1,60 Mk.

Mit der Beschreibung der aus jüngster Zeit stammenden Einrichtungen des Badeortes Dorna: Anstaltsgebäude, Quellen, Bäder verschiedenster Art, verbindet der Verf. in der ersten Broschüre zugleich allgemeine Bemerkungen und spezielle Erfahrungen über Balneotechnik und Balneotherapie, die interessant und lehrreich sind und beweisen, wie Verf. bestrebt war und ist, den Kurort mit seinen Hilfsmitteln den Forderungen der Neuzeit, fundierend auf den Ergebnissen wissenschaftlicher Forschungen anzupassen und den Hilfesuchenden jeder Art dienstbar zu machen.

In der zweiten Broschüre bespricht Verf. in anregender Weise und gestützt auf seine grossen eigenen Erfahrungen die Anwendung der Kohlensäure- und Moorbäder bei den verschiedenartigsten Erkrankungen und zeichnet mit festen Strichen die einzuhaltende Richtschnur, um zu den erwünschten Erfolgen zu gelangen: So bei den chronischen Erkrankungen des Nervensystems (funktionelle Störungen des Zentralnervensystems, anatomische Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks und die Erkrankungen im Gebiete der peripheren Nerven), bei den allgemeinen Ernährungsstörungen, bei den Krankheiten der Kreislaufsorgane und bei den chronischen Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane. Für die Kollegen, die ihre Kranken in Bäder und Kurorte schicken wollen, ist das Studium der beiden vorliegenden Broschüren, die mancherlei Fingerzeige und Hinweise für die richtige Indikationsstellung geben, sehr zu empfehlen.

Wulff (Oldenburg).

Digitized by Google

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Beiträge zur Kenntnis der Diabetes mellitus im Kindesalter. Von Langstein.

L. gibt in dieser Arbeit ausführliche Mitteilung über 8 Fälle von Diabetes, die er in dem Zeitraum von noch nicht 10 Monaten beobachten konnte. Die ausgeschiedenen Zuckermengen waren sehr gross, z. B. bei einem $1^1/_4$ jährigen Kinde 80 bis 90 g pro die bei möglichst zuckerfreier Diät. Der Verlauf der Fälle war, wie dies im Kindesalter meist der Fall ist, schwer und tödlich. Zwei Fälle kamen zur Beobachtung, die man als ein Latentwerden bezw. als eine Heilung des Diabetes ev. bezeichnen kann. Hervorzuheben ist der gute Erfolg der Buttermilchdiät und der Hafermehlkur.

(Deutsche med. W. 1905, No. 12.) Netter (Pforzheim.)

Über operationslose Behandlung der Angiome. Von Neumann.

Eine 5—10% Emulsion von Zinc. chlor. sicc. pur. in Collodium elasticum wird mit einem Haarpinsel auf das Angiom aufgestrichen, nachdem die Umgebung durch Heftpflaster gestützt wurde. Sobald das Collodium ausgetrocknet ist, wird ein Verband angelegt. Nach ca. 8 Tagen hat sich der Schorf abgestossen; findet man noch Reste des Angioms, so werden sie fest mit Gaze bedeckt, auf welche eine Salbe von folgender Zusammensetzung aufgestrichen wurde: Acid. arsenic. Sulfur. depur. āā 4,0 Unguent. cerei 100,0. Nach 2—3 Tagen kontrolliert man diese Stellen; ist hier das Angiom vollständig zerstört, so kann man mit dem scharfen Löffel erbsentief in die nekrotisierten Teile eindringen, andernfalls muss die Arsensalbe neuerdings angewandt werden.

(Deutsche med. W. 1905, No. 20.) Netter (Pforzheim).

Rezidivierendes Sarkom der Kopfhaut, mit Röntgenstrahlen behandelt. Von J. J. Wood.

Bei dem 7jährigen Mädchen war im Mai 1902 ein rasch entstandener Tumor der Parietalgegend exstirpiert worden. Im August gleichen Jahres wurde ein Rezidiv in der Narbe entdeckt, das so ausgedehnt entfernt wurde, dass ein völliger Verschluss der Wunde nicht möglich war. Im Oktober wurde eine neue Operation nötig; diesmal musste ein Teil der Schädeloberfläche mit dem Periost entfernt werden. Schon 14 Tage später zeigte sich wieder ein Rezidiv; diesmal wurde der Knochen in ganzer Dicke entfernt. Ausgedehntes Rezidiv, das pilzförmig aussah und mit dem Gehirn pulsierte. 2 Monate — Juni und Juli — 1903 wurde der Tumor jeden 2. Tag 15 Minuten lang bestrahlt, worauf er unter Aufhören der Pulsation rasch kleiner und flacher wurde. Im September wurde ein zweiter Tumor unterhalb des ersten entdeckt. Der erste war etwas ulzeriert. Nun wieder energische Bestrahlung, bis Ende des Jahres war der Tumor fast verschwunden, die Ulzeration geheilt. Mit dem Verschwinden des oberen Tumors nahm der untere an Grösse zu. Er wurde deshalb mit dem darunterliegenden Periost entfernt. 5 Monate später war der obere Tumor völlig verschwunden, auch in der unteren Wunde

Digitized by Google

war kein Rezidiv aufgetreten und bis zur Veröffentlichung auch nicht. Das Kind erfreut sich der besten Gesundheit.

(Arch. of the Röntgen Rays 1905, Januar). Netter (Pforzheim.)

Die Behandlung der Nabelhernien bei Kindern durch die Alkoholinjektionen. Von Lidmanowski.

Bei 8 Säuglingen unter 1 Jahr und einem 8 Jahre alten Knaben ergab die Methode sehr gute Resultate. Verf. injizierte in die Umrandung der Hernialöffnung 60% Alkohol mit Pravaz'scher Spritze. Die Heilung erfolgte nach höchstens 5 und wochenlangen Intervallen vorgenommenen Injektionen.

(Monatsschr. f. Kinderhlk. März 1906.) Netter (Pforzheim).

Über Striae patellares. Von S. Bunch.

Von dieser wohl meist bisher im Verlauf des Typhus gesehenen, immerhin seltenen Affektion beschreibt Verf. 2 Fälle, einen bei einem $13^1/_2$ jährigen typhuskranken Knaben, den anderen bei einem 12 Jahre alten Mädchen, hier im Verlauf einer Neuritis und Endokarditis. Verf. glaubt, dass die Striae dann sich bilden, wenn schwerkranke Personen stark wachsen. Auch nach Osteomyelitis ist die Affektion gesehen worden.

(Brit. journ. of Dermat.) Netter (Pforzheim.)

Kleine Mitteilungen.

Eine neue und billige Badevorrichtung im Haus. Nachdem die vorgerücktere Jahreszeit den Gebrauch der Flussbäder verbietet und nicht für jedermann Gelegenheit gegeben ist zum Gebrauch von Bädern, treten an deren Stelle im Haus Abwaschungen zu Reinlichkeits- und Gesundheitszwecken. Ein Eimer warmen Wassers, Seife und Handtuch genügen. Dabei fehlt noch ein praktischer Untersetzer, der das zur Abwaschung benutzte Wasser aufnimmt und ein Bespritzen der Fussböden, Tapeten und Möbel ausschliesst. Eine solche Vorrichtung bildet die Badematte mit Rand. Die Grösse derselben ist genau ein Quadratmeter und der Rand hoch genug, um 10 Liter Wasser, das schon ein aussergewöhnliches Quantum für Douchen und Abwaschungen ist, nur einen Zentimeter ausmachen zu lassen. Beim Entleeren wird die Matte an den Schnüren hochgehoben, wodurch ein Verschütten des Wassers unmöglich ist. Die Matte ist billiger als irgend ein ähnlicher Apparat und das Gewicht, ca. $^1/_2$ kg, so gering, dass jedermann seinen eigenen Badeapparat stets bei sich haben und auch auf Reisen, Touren mit sich führen kann. Als Bezugsquelle wird Max Kahnemann in Berlin N. 24 angegeben. Es ist nicht zu zweifeln, dass Ähnliches auch aus Holz oder dgl. verfertigt werden kann.

Kühner (Koburg).

Verlag von Benno Konegen, Leipzig — Druck von Julius Beltz, Hoflieferant, Langensalza.

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Sanitätsrat Dr. Sonnenberger in **Worms.**

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

XVIII. Jahrg. **Februar 1907.** **No. 2.** (206.)

Inhalt: Originalien: **Büttner,** Geistig Minderwertige beim Militär und vor Gericht. 25. — **Sonnenberger,** Bericht über den 1. Kongress für Kinderforschung und Jugendfürsorge zu Berlin 1.—4. Oktober 1906: Baginsky, Impressionabilität der Kinder unter dem Einfluss des Milieus. 36. — Heller, Über psychasthenische Kinder. 37. — Bernhard, Über den Schlafmangel Berliner Gemeindeschüler. 37. — Referate: **Zucker,** Behandlung von Diphtherie mit Pyozyanose. 38. — **Apert,** Eitrige Pleuritis beim Kinde. 39. — **Feuchtwanger,** Ernährung mit holländischer Säuglingsnahrung. 39. — **Tugendreich,** Über Buttermilchfieber. 40. — **Mendelsohn** und **Kuhn,** Kuhmilchfreie Ernährung bei Laryngospasmus, Tetanie und Eklampsie der Kinder. 41. — **Rosenberg,** Praktische Bedeutung der Inhalation für die Behandlung von Kehlkopf- und Lungenerkrankungen. 43. — **Morse,** Infantiler Skorbut. 44. — **Looser,** Über die Veränderungen der Knochen beim Skorbut und der Barlowschen Krankheit 45. — Die Errichtung einer Zentrale für Säuglingspflege und Mutterschutz im Grossherzogtum Hessen. 45. — Rezensionen: **Lüders** und **Thom,** Die neueren Arzneimittel und ihre Anwendung. (Schlusslieferung.) 46. — **Schilling,** Steuerpflicht, Steuerdeklaration und -Reklamation für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte aller deutschen Bundesstaaten. 3. Aufl. 47. — **Pescatore,** Pflege und Ernährung des Säuglings. 47. — **Zappert,** Die physikalische Therapie im Kindesalter. 48.

Nachdruck mit **genauer** Quellenangabe gestattet. — Separatabdrücke verboten.

Geistig Minderwertige beim Militär und vor Gericht.

Von Hilfsschullehrer Georg Büttner (Worms).

Auf dem Programm des nächsten Verbandstages der „Hilfsschulen Deutschlands", welcher am 2. und 3. April d. Js. in Charlottenburg stattfindet, steht unter anderem auch ein Referat von einem der ältesten Pioniere des Hilfsschulwesens, nämlich von Hauptlehrer Kielhorn-Braunschweig über „Militärdienst der Hilfsschulzöglinge". Und das mit Recht. Es ist das eben ein aktuell gewordenes Thema von nicht zu unterschätzender, von nicht hoch genug anzuschlagender Bedeutung. Es ist aber nicht bloss wichtig und bedeutungsvoll für das Hilfsschulwesen, nein, es ist eine allgemeine interessierende Frage für die ganze Bewegung der Fürsorgeerziehung. Es ist ein Gebiet, auf dem sich Pädagogik und Medizin,

Digitized by Google

Lehrer und Arzt hilfreich die Hände bieten können und müssen, auf dem sie durch gemeinsame Arbeit, durch gegenseitige Unterstützung Erspriessliches und Nutzbringendes leisten können, und zwar nicht nur im Interesse des Einzelnen und der Familie, nein, wie wir später bei näherer Beleuchtung sehen werden, auch in hohem Masse im Interesse der Schlagfertigkeit und Tüchtigkeit unseres Heeres und nicht in letzter Linie auch im Interesse der Behörde.

Sind nicht erwiesenermassen gar vielfach die psychopathisch Minderwertigen es, welche die unglücklichen Opfer der Soldatenmisshandlungen darstellen, welche Veranlassung zu unliebsamen Militärgerichtsverhandlungen abgeben, welche den grössten Prozentsatz der Fahnenflüchtigen und des Soldatenstandes zweiter Klasse ausmachen? Und warum? Der Militärdienst stellt eben an die Intelligenz und an den Körper des Soldaten hohe Anforderungen. Der Soldat soll kriegstüchtig gemacht werden; er soll selbständig, schlagfertig und schnell handeln, seine Sinne schärfen; er soll kriegsfähig sein, alle Pflichten und Obliegenheiten seines Berufes genau kennen, die nötige Sicherheit im Waffengebrauch und Geschicklichkeit zu allen Dienstverrichtungen besitzen. Er soll mutig und tapfer sein, vor keiner Schwierigkeit und Gefahr zurückschrecken, seinen Körper kräftigen und stärken zum Ertragen von Beschwerden und Strapazen aller Art.

Und nun vergegenwärtigen wir uns einmal das psychische Leben der geistig Minderwertigen mit all ihren Schädigungen im Vorstellungs- und Empfindungsleben, mit ihrem Mangel an Farben-, Zeit-. Raum-, Zahlen-, Beziehungs- und Allgemeinvorstellungen höherer Ordnung, mit ihrer Verlangsamung der Denkprozesse, — und wie wichtig ist gerade dieses beim Militär und insbesondere im Ernstfalle, wo ein rascher selbständiger Entschluss oft gefordert wird, — mit ihrer herabgedrückten Konzentrationsfähigkeit. Halten wir uns ferner vor Augen die Armut in ihrem Affektleben und die ungünstige Beeinflussung der Handlungen, durch die ethischen und intellektuellen Defekte, die Bewegungsstörungen, den krankhaft gesteigerten Bewegungsdrang und im Gegensatz dazu die Trägheit und Langsamkeit ihrer Bewegungen, die mancherlei körperlichen Gebrechen. Denken wir weiter daran, wie es den geistig Schwachen oft während ihrer Dienstzeit ergeht, wie sich das Zusammenleben mit ihren Kameraden gestaltet. Ach, wie nur zu oft werden die Bedauernswerten von ihren Kameraden gehänselt und verspottet. Gar vielfach hat man sie zum besten in der Stube, in der Kantine, auf dem Kasernenhofe, auf dem Exerzierplatze, auf dem Marsche. Und es ist ihnen doch beim besten Willen nicht möglich, den an sie gestellten Forderungen gerecht zu werden. Den Charakter eines geistig normalen Soldaten wird der Vorgesetzte mit der Zeit wohl erkennen. Aber ungemein schwierig ist es, wenn psychologische und pädagogische Schulung fehlen das Verhalten eines geistig Zurückgebliebenen richtig zu beurteilen. Wer Fachmann ist und schon jahrelang mit der Erziehung und dem Unterrichte Schwachsinniger vertraut ist, der weiss es, was es heisst, seinen Zögling kennen lernen, um ihn daraufhin richtig zu behandeln. Jahrelange Übung und Routine gehört dazu, um individualisierend erziehen und unterrichten zu können, keine Fehlgriffe zu tun und zweckdienliche Massnahmen zu ergreifen. Und wie ergeht es dem geistig Minderwertigen in dieser Be-

Digitized by Google

ziehung beim Militär? Da wird mitunter Unfähigkeit für Trotz und Boshaftigkeit, mangelnde Einsicht für böser Wille gehalten, Strafe auf Strafe folgt. Die innere Verfassung des armen Rekruten wird immer schrecklicher. Soll es einem da wundern, wenn er sich zu ungesetzlichen Handlungen, zur Desertion, Widersetzlichkeiten, Misshandlungen der Kameraden hinreissen lässt oder Selbstmord verübt? Kurzum, es geht aus allem klar hervor, dass die geistig Minderwertigen nicht zum Soldaten tauglich sind, dass sie den Anforderungen nicht gewachsen sind, die an einen richtigen Vaterlandsverteidiger gestellt werden müssen.

Aber nicht nur diese haben ein Interesse an der Befreiung vom Militärdienste, nein, auch die Militärverwaltung selbst. Es muss ihr doch daran liegen, nur körperlich und geistig gesunde Rekruten zur Ausbildung zu bekommen. Jedenfalls wird durch Einstellung geistig Schwacher die Qualität des Heeres nicht erhöht. Das ist die eine Seite. Und nun die andere Frage. Unter den Soldatenmisshandlungen nehmen die Fälle, bei denen es sich um Schwachsinnige handelt, einen ziemlich hohen Prozentsatz ein. Und sicherlich liegt es doch im Interesse der Militärbehörde, dass derartige Vorkommnisse immer seltener werden.

Es leuchtet nach dem Gesagten sicherlich ein, dass die Frage der Militärpflicht der psychopathisch Minderwertigen schon wiederholt in pädagogischen Fachblättern, in Tageszeitungen, in Lehrer- und Ärzteversammlungen ventiliert und des weiteren erörtert wurde. Derartige Schüler gibt es überall, ja selbst in höheren Schulen fehlen sie nicht. Selbstverständlich dürften sie sich an Orten, wo Hilfsschulen bestehen, vornehmlich aus deren Material rekrutieren. Es ist darum auch leicht erklärlich, dass gerade die Hilfsschulleiter und Lehrer dieser Frage besonderes Interesse zuwenden und sie immer wieder anschneiden. Erst auf dem letzten Verbandstag der Hilfsschulen Deutschlands, welcher vor 2 Jahren in Bremen stattfand, kam die Sache wieder zur Sprache und äusserte sich darüber der Vorsitzende Stadtschulrat Dr. Wehrhahn-Hannover folgendermassen: „Der Vorstand hält angesichts mancher betrübender Vorfälle ein gleichmässiges Vorgehen aller Hilfsschulen zum Zwecke der Rücksichtnahme auf die früheren Hilfsschulzöglinge im Militärwesen für geboten. Wir haben uns in dieser Angelegenheit mit Stabsärzten und Bezirkskommandos ins Einvernehmen gesetzt. Von ersteren wurde uns versichert, dass sie es mit dem allergrössten Interesse begrüssen würden, wenn es sich ermöglichen liesse, dass sie aus den Listen der Gestellungspflichtigen ersehen könnten, welche von diesen früher eine Hilfsschule besucht hätten. Dies würde sich am besten so erreichen lassen, dass jedes Jahr von den Hilfsschulen zeitig genug an den Zivilvorsitzenden der Aushebungskommission ein Verzeichnis der in dem betreffenden Jahre gestellungspflichtigen früherer Hilfsschulzöglinge eingereicht würde mit der Bitte, ihre Namen in der Liste mit einem bezüglichen Vermerk zur Orientierung des Arztes zu versehen. Daneben dürfte es geraten sein, den abgehenden Knaben und durch ein kurzes Schreiben auch die Eltern aufzufordern, dass sie im Falle des Verziehens nach einem anderen Orte sich von der Hilfsschule eine Bescheinigung ausstellen lassen, dass der betr. Knabe eine solche besucht hat, und dass sie dann diese Bescheinigung entweder an den Zivilvorsitzenden senden oder zur Gestellung mitnehmen. Auch im Bezirkskommando bekundete man das lebhafteste Interesse für diese Ange-

Digitized by Google

legenheit. Man bat dringend, das vorhin erwähnte Verzeichnis auch an die Bezirkskommandos einzureichen, und versicherte auf das bestimmteste, dass eine bezügliche Notiz in deren Listen unbedingt auch in die für die Generalmusterung und endlich, wenn trotzdem eine Aushebung stattfinden sollte, auch zur Kenntnis des Truppenteils gelangen würde, dem man den Betreffenden zuweise. Es werde dann von vornherein die Ausbildung mehr als ein Versuch angesehen werden."

Von verschiedenen anderen Seiten sind auch schon bereits selbständige Schritte unternommen, Verhandlungen geführt und Aufstellungen gemacht worden. Es sei nur erinnert an das Vorgehen vom Hauptlehrer Kielhorn-Braunschweig, an die Tätigkeit des Lehrers Carrié in Hamburg und an die Bemühungen der thüringisch-sächsischen Vereinigung von Hilfsschullehrern. Kielhorn z. B. schreibt über diesen Punkt in Nr. 5 der „Hilfsschule": „Zufolge Vereinbarungen mit dem Zivilvorsitzenden der Ersatzkommission zu Braunschweig werden seit 1889 alljährlich im Januar der genannten Behörde diejenigen Stellungspflichtigen namhaft gemacht, welche die Hilfsschule besucht haben.

Über jeden wird ein Gutachten eingereicht, wobei sich die Schule eines besonderen gedruckten Formulars bedient, auf dem die Personalien. Zeit des Besuchs der Hilfsschule, Abgangszeugnis, Urteil über Urteilskraft und Gedächtnis, Charakterfehler und Grad der Geistesschwäche, Ursache der letzteren, Krankheiten und Gebrechen angegeben werden. Die Gutachten werden bei der Musterung vorgelegt. Erfolgt Einstellung in das Heer, so werden sie dem Regimentskommando eingereicht, damit dasselbe sogleich von der geistigen Minderwertigkeit des Soldaten Kenntnis erhält. Ausserdem erhält die Verwaltung der Hilfsschule durch die Ersatzbehörde Kenntnis davon, in welches Regiment der betreffende eingestellt worden ist, so dass sich der Leiter der Hilfsschule mit dem Regimentskommando in Verbindung setzen kann.

Von 1889 bis 1905 einschliesslich sind 141 ehemalige Hilfsschüler Braunschweigs stellungspflichtig gewesen. Davon haben dreijährig bezw. zweijährig freiwillig gedient: einer als Infanterist, einer als Artillerist und einer als Ökonomiehandwerker. Im übrigen haben die Dienstzeit beendet: zehn als Infanterist (hiervon ist einer wiederholt fahnenflüchtig geworden), vier als Artillerist, drei als Ökonomiehandwerker. Vier waren eingestellt, wurden jedoch alsbald entlassen, nachdem auf ihren Geisteszustand aufmerksam gemacht worden war, einer wurde entlassen bezw. aus dem Heeresverbande ausgestossen, nachdem er eine lange Reihe militärischer Vergehen verübt hatte und zuletzt mit drei Jahren Gefängnis belegt worden war. Hierzu erhielt er wegen Majestätsbeleidigung eine Zusatzstrafe von $2^1/_2$ Jahren. Im Wiederaufnahmeverfahren wurde er wegen Unzurechnungsfähigkeit freigesprochen und einer Irrenanstalt überwiesen. Von etlichen der sechzehn, welehe im Gebrauch der Waffen ausgebildet sind, habe ich feststellen können, dass sie die Dienstzeit ohne erheblichen Tadel beendet haben. Über etliche ist mir bekannt, dass die Ausbildung sehr schwierig und für sie mit vielen Widerwärtigkeiten verbunden gewesen ist. Aus dieser Darstellung geht hervor, dass nur ein geringer Prozentsatz unserer Knaben soweit heranreift, um dem Heeresdienst zu genügen. Wenn wir auch nicht erreichen, dass alle unbesehen als dienstuntauglich erklärt werden, so müssen wir doch dahin

Digitized by Google

streben, die Einstellung derjenigen zu verhüten, denen die Geistesschärfe mangelt, welche der Soldat nötig hat."

Über die Bemühungen der thüringisch-sächsichen Vereinigung von Hilfsschullehrern wird berichtet in Nr. 11. Jahrgang 1905 der „Zeitschrift für Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer". Es heisst da, nachnachdem vorher mehrere Beispiele angeführt sind, welche mit verschiedenem Erfolge von der Schulverwaltung der Militärbehörde mitgeteilt wurden, zum Schluss: „Es ist ersichtlich, dass die Militärbehörde zwar noch nicht, wie es unser zu erstrebendes Endziel wäre, gleich von vornherein alle ehemaligen Hilfsschüler auf Grund unseres Zeugnisses ohne weiteres für dienstuntauglich erklärt, sie schenkt aber, und das ist das erste, was wir bis jetzt erreicht haben, im allgemeinen doch unseren Gesuchen Beachtung und unterwirft dieselben einer sorgfältigen Prüfung. Jede Hilfsschule soll ihre Ehrenpflicht darin sehen, kein Mittel unversucht zu lassen, um ihre ehemaligen Schüler vor schlechter Behandlung während der militärischen Dienstzeit zu schützen."

Unzweifelhaft der stärkste Antrieb wurde jetzt von Hamburg aus gegeben. Ende des vorigen Jahres wandte sich Hilfsschullehrer Carrié von dorten in einer längeren Eingabe an das Generalkommando des 9. Armee korps in Altona wegen Befreiung ehemaliger Hilfsschüler vom Militärdienst. Er erhielt daraufhin die Nachricht, dass die in Anregung gebrachte Massregel den Gegenstand weiterer Erwägungen bilden werde. Das Generalkommando setzte sich mit der hamburgischen Oberschulbehörde in Verbindung, was zu einem erfreulichen Resultate geführt hat, denn bald darauf erhielten die Lehrkräfte der Hilfsschulen die amtliche Mitteilung: „Von der 3. Sektion der Oberschulbehörde ist in gegebener Veranlassung beschlossen worden, den hiesigen Militär-Ersatzkommissionen sowohl im dienstlichen Interesse wie in dem der Rekruten alljährlich Abschriften der bei der Entlassung der Schüler aus den Hilfsschulen für Schwachbefähigte ausgestellten Abgangszeugnisse, sowie die über diese Kinder vorhandenen Gesundheitsbogen bekannt zu geben, damit an den Ersatzkommissionen seinerzeit entsprechende Eintragungen in die Rekrutierungsstammrolle bezw. weitere Ermittlungen veranlasst werden können."

Anfang dieses Jahres wurde diesbezüglich im Reichstag eine Mitteilung vom Vertreter des Kriegsministers gemacht. Er sagte, dass an die Sanitätsoffiziere die Weisung ergangen sei, dafür Sorge zu tragen, dass geistig Minderwertige nicht zum Militärdienste herangezogen würden. Im Prinzip kann man sich ja über eine derartige Verfügung nur freuen, aber wie steht's damit in der Praxis. Auch dem erfahrensten und tüchtigsten Arzte wird es nicht möglich sein, in solch kurzer Zeit, wie sie bei der Ausmusterung zur Verfügung steht, sich ein Urteil über die geistige Qualifikation dieses oder jenen zu bilden. Seine Untersuchung wird sich hauptsächlich nur auf die körperliche Brauchbarkeit und Tüchtigkeit beschränken müssen. Ist es doch selbst dem Psychiater in manchen Fällen nicht möglich, in kurzer Zeit ein Gutachten über den einen oder anderen abzugeben. Muss nicht mitunter eine längere Beobachtung in einer Anstalt vorausgehen, um sich gutachtlich äussern zu können? Aber wie könnte man hier entgegenkommen, wie könnte man sich unterstützen, würden die Behörden vorher aufmerksam gemacht, würde ihnen ent-

Digitized by Google

sprechendes Material als Unterlage in die Hand gegeben und zwar durch Einsichtnahme in die Personalbogen.

Ja, die Personalbogen! Sie sind es eben gerade, wobei Medizin und Pädagogik, Arzt und Lehrer sich die Hände bieten müssen, wobei einer dem andern helfend und unterstützend zur Seite stehen muss, soll etwas Gutes und Zweckdienliches zu Wege kommen. Die Personalbogen sind nicht hoch genug anzuschlagen. Alle Hilfsschulen und auch viele andere Schulen haben sie schon lange eingeführt. Nur ihre Benennung ist noch verschieden. Hier heissen sie Personalheft, dort Personalbücher, wieder wo anders Personalakten, oder auch Individualliste, Individualhefte, Erziehungslisten, Erziehungsberichte und dergl. mehr. Sie enthalten die vorschulpflichtige Entwicklung des Kindes, den körperlichen und geistigen Zustand desselben bei der Aufnahme, die weitere Entwicklung in der Schule, etwa durchgemachte Krankheiten während der Schulzeit, besondere Charaktereigenschaften und Fehler, Vergehen und Delikte, Stand bei der Entlassung u. a. m., kurzum, sie geben eben ein deutliches Bild des ganzen Individuums. Sie müssen von Lehrer und Arzt gemeinschaftlich eingerichtet und gewissenhaft geprüft werden, dann kann Erspriessliches daraus entstehen. Wo immer darum auch Ärzte und Lehrer auf die Sache zu sprechen kommen, können sie diese Einrichtung nicht genug empfehlen. Beispielsweise auf dem Kurs für experimentelle Psychologie, welcher voriges Jahr vom 2.—7. April an der psychiatrischen Klinik in Giessen abgehalten wurde und wobei viele Ärzte, Lehrer und Vorstände von Schwachsinnigenschulen und Anstalten versammelt waren, kam man auch auf die Personalbogen zu sprechen. Man einigte sich schliesslich dahin, eine Kommission zu ernennen, die gemeinschaftlich ein allgemeines derartiges Schema entwerfen soll. Ernannt wurden dazu: Für die Hilfsschulfrage Dr. König, Hilfsschularzt, Frankfurt, und Rektor Henze-Hannover, für das Idiotenwesen Direktor Dr. Meltzer-Chemnitz und Direktor Lehrer Keller „Alicestift" Darmstadt, für die soziale und private Fürsorge Prof. Dr. Sommer-Giessen und Dr. Klumker-Frankfurt, für die allgemeine Psychiatrie und Pädagogik Prof. Dr. Weygandt-Würzburg und Seminarlehrer Dr. Lay-Karlsruhe. Auch auf dem „Kongress für Kinderforschung und Jugendfürsorge" in Berlin im Oktober d. J. wies Prof. Dr. Martinak-Graz darauf hin in seinem Vortrage über „Wesen und Aufgabe einer Schülerkunde". Man muss die kindliche Psyche mehr kennen lernen, sagte er. Natürlich heisst „kennen lernen" nicht „nachgehen". Die Schülerkunde müsste nach seiner Meinung umfassen die Zeit vom Schuleintritt bis zur Wehrpflichtigkeit. Für Mitarbeiter wären berufen Erzieher, Lehrer, Ärzte, Eltern und Seelsorger. Gegenstand sollen nach ihm sein die Beziehung des Schülers zur Familie und Schule, sein Verhalten im täglichen Leben, seine Stellung zur Natur und Kunst, zu religiösen Fragen u. a. m. Auch er verspricht sich von derartigen Massnahmen unendlich viel.

Nur muss vor einem allzu umfangreichen Schema in dieser Beziehung gewarnt werden, sonst verliert die Sache wieder viel an Bedeutung. Einfach, praktisch und doch wertvoll muss es sein. Es gibt ja derartige Personalbogen schon genug. Recht einfach und praktisch ist z. B. der von Mittelschulrektor Ufer-Elberfeld. Weiter

Digitized by Google

bekannt ist der von Karl Kläbe, Hilfsschullehrer in Halle. Er enthält A. Entwicklung des Kindes im schulpflichtigen Alter. B. Entwicklung des Kindes zur Zeit der Anlage der Charakteristik. C. Fortlaufende Bemerkungen. D. Übersicht über Fortschritte. E. Psychologische Darstellung. F. Entlassung. G. Nach der Entlassung. Praktisch ist ferner auch der von Frenzel zu Stolp i. Pr. Er gliedert sich in I. Befund bei der Aufnahme (Wesen, Auffassung, Gedächtnis, Sprache, Kenntnisse und Fertigkeiten, Liebe und Neigungen, körperliche Gebrechen und Missbildungen, Elterliche Auskunft) II. Spätere Notizen. Auch Direktor Trüper hat seinerzeit einen wertvollen Personalbogen veröffentlicht in den „Kinderfehlern". Nicht unerwähnt soll auch bleiben der „Frankfurter" Fragebogen.

Vor allen Dingen kommt es bei den Personalbogen, mag dieses oder jenes Schema zu Grunde gelegt sein, darauf an, dass sie gewissenhaft geführt werden. Geschieht dieses, und finden sie später gegebenenfalls die richtige Verwertung, so kann manchem unliebsamen Vorkommnis vorgebeugt werden, manch heikle Gerichtsverhandlung, gerade in Militärsachen, verhindert werden. Zum Beweise dafür will ich nur zwei Beispiele aus meiner eigenen, jüngsten Beobachtung anführen.

1. Der bei dem Inf. Reg. 115 in D. dienende Gardist W. Sch. war schon einmal wegen unerlaubter Entfernung bestraft und diente bereits im dritten Jahre. Das Kriegsgericht der 25. Division verurteilte ihn wegen Fahnenflucht, Einbruchsdiebstahl in 3 Fällen und Betrugs in 2 Fällen zu 1 Jahr 4 Monaten Gefängnis und Versetzung in die II. Klasse des Soldatenstandes. Es wurde Berufung eingelegt und erfolgte Überweisung an eine Landesirrenanstalt wegen Beobachtung. Das Gutachten und ein später eingeholtes Obergutachten lauteten dahin, dass Sch., der schon viermal wegen unerlaubter Entfernung bestraft und auch als Kind und Arbeiter öfters fortgelaufen ist, von Jugend auf schwachsinnig und für seine Taten nicht verantwortlich zu machen ist. Er wurde daher freigesprochen und ist entlassen worden.

2. Der Kanonier P. M. aus B. wurde am 7. Dezember v. J. von dem Kriegsgericht zu D. wegen tätlichen Angriffs auf einen Vorgesetzten zu 6 Jahren und wegen Beleidigung und Gehorsamsverweigerung zu 1 Monat Gefängnis verurteilt. Nachträglich wurde bekannt, dass M. in der Jugend schon geistig minderwertig gewesen ist und später eine Kopfverletzung erlitten hat, die noch grössere geistige Schwäche im Gefolge hatte. Es wurde Berufung eingelegt und längere Beobachtung in einer Anstalt angeordnet. Dann kam die Sache vor dem Oberkriegsgericht zu Fr. erneut zur Verhandlung. Vier Sachverständige gaben ihr Gutachten ab. Schliesslich kam das Oberkriegsgericht zu der Überzeugung, dass P. M. geistig minderwertig sei und seine Tat in einem Zustande von Epilepsie vollführt habe. Nach fünfstündiger Verhandlung wurde er freigesprochen.

Um nun den Schwachsinnigen bezüglich der Militärdienstpflicht den erforderlichen Schutz angedeihen zu lassen, um aber auch andernteils unliebsamen Vorkommnissen und Militärgerichtsverhandlungen vorzubeugen, wird allerwärts erstrebt, reichsgesetzliche Bestimmungen herbeizuführen. Und dazu dürfte, wie vorhin schon gesagt, Carrié-

Digitized by Google

Hamburg jetzt den Hauptanstoss gegeben haben. Er hat seine diesbezüglichen Wünsche in folgende fünf Punkte zusammengefasst.

1. Im Interesse der Rekruten, des Offizier- und Unteroffizierkorps, der Tüchtigkeit und Schlagfertigkeit der Armee ist dringend notwendig, dass bei der Auswahl des Heeresersatzes an die geistige Befähigung ebenso bestimmte Anforderungen gestellt werden wie an die körperliche Tüchtigkeit.

2. Um die Einstellung geistig minderwertiger Rekruten zu verhüten, ist es notwendig, dass Schul- und Militärbehörden Hand in Hand gehen. Dies geschied dadurch,

3. dass an Orten mit „Hilfsschulen" alljährlich seitens der Schulbehörden den Ersatzkommissionen ein Namensverzeichnis der aus diesen Schulen zur Entlassung gelangten Schüler bekannt gegeben wird.

4. Auf dem Lande und in kleinen Städten, wo besondere Klassen für schwachbefähigte Kinder nicht eingerichtet werden können, wird der Militärbehörde ebenfalls nach der jedesmaligen Schulentlassung ein Verzeichnis derjenigen Schüler eingereicht, die das Bildungsziel der Volksschule nicht erreicht haben bezw. als geistig minderwertig bezeichnet werden müssen.

5. Junge Leute, welche in der Zeit nach ihrer Schulentlassung bis zum Aushebungstermin in einen anderen Aushebungsbezirk verziehen, haben bei der Meldung zur Stammrolle ausser dem Geburtsschein auch ihr Schulentlassungszeugnis vorzulegen.

Diese Vorschläge hat Carrié durch freundliche Vermittlung des Reichstagsabgeordneten Dr. Semler der Petitionskommission des Reichstages übermitteln lassen. Über den weiteren Gang berichten die „Kinderfehler" in Heft 12, Jahrgang 1906 und sagen, dass die Petitionskommission in ihrer Sitzung vom 14. März d. J. beschloss, die Petition betr.: „Die Freihaltung der Armee von geistig minderwertigen Rekruten", dem Reichskanzler zur Erwägung zu überweisen. Dabei wurde gleichzeitig von anwesenden Regierungskommissaren erklärt, das Kriegsministerium sei vor einiger Zeit in derselben Sache mit den Ministern des Innern und der geistlichen u. s. w. Angelegenheiten in Verbindung getreten. Weiter wurde am 15. Mai v. J. ein Erlass im Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten veröffentlicht, welchen der Kultusminister und der Minister des Innern an die Oberpräsidenten ergehen liess. Darnach ist dem Zivilvorsitzenden der zuständigen Ersatzkommission vertraulich Mitteilung zu machen, wenn eine Person, über deren Eintritt in das Heer noch nicht entschieden ist, aus einer Anstalt für Geisteskranke, Idioten oder Schwachsinnige entlassen worden ist. Nach dem Beschluss der Petitionskommission wird sich auch noch das Plenum des Reichstages mit dieser Sache zu beschäftigen haben und steht dann zu erwarten, dass die Angelegenheit eine befriedigende Lösung finden wird.

Von ebensolcher Bedeutung und Wichtigkeit wie die Frage der „Militärdienstpflicht der geistig Minderwertigen" ist sicherlich auch die Frage der „geistigen Minderwertigkeit vor Gericht". Auch in dieser Beziehung wurde vom Verbande der Hilfsschulen Deutschlands Fühlung genommen und Schritte unternommen bei den massgebenden Behörden. Man will durchaus nicht Vergehen und Delikte des Schwachsinnigen unterdrücken und ungeahndet, falls es erforderlich erscheint, vorüber-

Digitized by Google

gehen lassen, nein, man will sie beim Gerichte nur ins rechte Licht gesetzt haben. Man will eben nach Kräften und Bedürfnis die Schwachsinnigen schützen; ihrem Gebrechen soll Rechnung getragen werden. Das Reichsstrafgesetzbuch unterscheidet bei Vergehungen zwischen Personen, welche sich im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte und zwischen solchen, welche sich im Zustande geistiger Unzurechnungsfähigkeit befinden. Ganz entschieden muss aber auch die verminderte Zurechnungsfähigkeit gewichtig in die Wagschale fallen und Berücksichtigung finden. Um das in die Wege zu leiten und immer weiter auszubauen, bildete sich auf Veranlassung des Vorstandes der Hilfsschulen Deutschlands ein „Ausschuss zum Rechtsschutz für die geistig Minderwertigen". Derselbe hat seinen Sitz in Braunschweig. Mitglieder desselben sind: Kielhorn, Hilfsschulleiter, Bock, Hilfsschullehrer, Dr. med. Berkhan, Sanitätsrat, Holland, Staatsanwalt, Nolte, Oberamtsrichter und Dr. med. Roth, Stadtphysikus. Um jedoch eine erspriessliche Wirksamkeit des Ausschusses zu ermöglichen, ist es vor allen Dingen erforderlich, möglichst umfangreiches Material zu liefern, welches zeigt, dass die gegenwärtigen Gesetze nicht ausreichen, den geistig Minderwertigen in der Strafrechtspflege gerecht zu werden. Dass hierbei wieder die Hilfsschulen nicht wenig in Betracht kommen, leuchtet ein. Deshalb sah sich auch der Verband veranlasst, seine Mitglieder zu bitten, den besagten Ausschuss recht kräftig zu unterstützen, um recht bald zum Ziel, zu einem guten Resultat zu kommen.

Der Ausschuss hat beschlossen, vorläufig folgende Massnahmen zu treffen.

1. Die Mitglieder des Ausschusses wollen selbst in ihrem Kreise geeignetes Material sammeln.

2. Die Lehrpersonen der Hilfsschulen bitten, dem Ausschusse einschlägige Fälle möglichst genau und aktengemäss zu berichten.

Bei der Sammlung des Materials soll insbesondere noch ins Auge gefasst werden:

1. ob das Gericht bei Aburteilung geistig Minderwertiger Sachverständige herangezogen hat — ob insonderheit von der Leitung der Hilfsschule ein Gutachten eingefordert worden ist;

2. ob die geistig Minderwertigen vor Gericht als solche erkannt worden sind;

3. ob alles das, was nach dem jetzt gültigen Strafrecht und Strafprozess geschehen kann, auch wirklich geschehen ist;

4. welche Verbesserungsvorschläge auf Grund von Tatsachen zu machen sind;

5. bei diesem Vorgehen sich des Beirats geeigneter Ärzte und Juristen zu vergewissern.

In dieser Sache richtete man sich auch an Geh. Justizrat Dr. von Liszt, ord. Professor des Strafrechts zu Berlin. Er äusserte sich darüber, wie wir Nr. 3 der „Hilfsschule" von 1905 entnehmen, unter anderem folgendermassen. „Nach meiner Meinung wäre es die wichtigste Aufgabe des Ausschusses, Material über die Frage der geistigen Minderwertigkeit zu sammeln, d. h. die bekannt gewordenen Fälle zusammenzustellen, mitzuteilen, wie sie behandelt worden sind und wie sie hätten behandelt werden sollen. Aus dieser Sammlung wird sich von selbst

Digitized by Google

eine Reihe von legislativen Vorschlägen ergeben. Es wäre, glaube ich, sehr schade, wenn sie sich nicht auch dieser Aufgabe unterziehen wollten. Die juristische Beihilfe steht ja zur Verfügung.

Die Stelle, an welche die Einsendung zu erfolgen hätte, wäre das Reichsjustizamt. Dringend aber würde ich bitten, dass man doch das ganze Material mit den Vorschlägen der Öffentlichkeit übergebe, damit es nicht bei den Akten unbenutzt liegen bleibt.

Die internationale kriminalistische Vereinigung, sowie der deutsche Juristentag sind mit der Frage nach der Behandlung der Minderwertigen befasst und würden das Material mit der grössten Freude begrüssen. Die Vermittlung an dieselben zu übernehmen, bin ich mit grösstem Vergnügen bereit."

Die Umarbeitung des Strafgesetzbuches steht noch in weiter Ferne. Das „Freie wissenschaftliche Komitee", das unter dem Vorsitz des Staatssekretärs im Reichsjustizamt zusammengetreten ist, hat die Aufgabe, die „Vorarbeiten zu den Vorarbeiten" zu liefern. Vor Ablauf von etwa 10 Jahren ist nicht daran zu denken, dass dem Reichstage ein Entwurf eines Strafgesetzbuches vorgelegt werden wird. Wir werden aber darauf dringen, dass inzwischen und unabhängig von jenem Entwurf ein Gesetz über die Behandlung der Geisteskranken und Geistesschwachen vorbreitet wird. Und gerade für dieses Gesetz könnte der Ausschuss überaus wertvolle Arbeit liefern."

Es ist somit begründete Hoffnung vorhanden, dass in nicht allzuferner Zeit durch reichsgesetzliche Bestimmungen den Geistesschwachen in der Rechtspflege entsprechende Berücksichtigung gegeben wird. Vielleicht liesse sich aber auch jetzt noch etwas anderes tun, um sie zu schützen. Könnte man nicht vielleicht die Gerichte irgendwie auf die geistig Zurückgebliebenen aufmerksam machen? Sicherlich wären uns die Gerichte dafür zu grossem Dank verpflichtet, machen doch bekannterweise die geistig Abnormen dem Gerichte unendlich viel zu schaffen, sei es, dass sie als Angeklagte oder als Kläger oder auch als Zeuge erscheinen. Herbeigezogene Urteile und Gutachten widersprechen sich nicht selten. Der Richter befindet sich oft in einer Zwangslage. Was wäre es da so gut, wenn man die Personalbogen entsprechend heranziehen könnte. Stützen sich doch derartige Charakteristiken auf langjährige und sorgfältige Beobachtungen; sie spiegeln den ganzen inneren Menschen getreu wider. Sie sind eingerichtet und geführt von psychopathologisch geschulten und gebildeten Ärzten und Lehrern. Ja, wenn ein Schwachsinniger mit den Strafgesetzen in Konflikt gerät, oder in einer Strafsache als Zeuge vernommen wird, so könnte der Personalbogen den Gerichten eine nicht hoch genug anzuschlagende Unterlage zur Beurteilung der Persönlichkeit und der ihr zuzumessenden Verantwortlichkeit bieten.

Wie nun soll das Gericht, der Strafrichter, auf die geistig Minderwertigen aufmerksam gemacht werden? Wie soll er erfahren, dass dieser oder jener geistig zurückgeblieben ist? Auf Grund einer Bundesratsverordnung vom Jahre 1882 wird ein Strafregister geführt und zwar im Geburtsort eines jeden. Hat sich einer eine Übertretung oder Bestrafung zu schulden kommen lassen, so wird eine Strafnachricht nach dem Geburtsort geschickt, in welcher die Familienverhältnisse und die erkannten Straftaten eingetragen werden. Umgekehrt wird aber auch vor jeder

Digitized by Google

Untersuchung eine Strafauskunft von der Strafregisterbehörde des Geburtsortes eingeholt. An diese Behörden müssten die Schulen, insbesondere auch die Hilfsschulen, Mitteilungen machen, wenn geistig minderwertige Schüler zur Entlassung kommen. Wenn der Staatsanwalt, der eine Klagesache gegen einen derartigen Schüler später zu behandeln hat, eine Anfrage stellt wegen der Vorstrafen, und er erhält Kenntnis von der geistigen Minderwertigkeit, so wird er die Sache ganz anders bearbeiten und behandeln können, gestützt auf das ärztliche pädagogische Gutachten hinsichtlich der geistigen Schwäche. Dann ist es auch nicht schwer, den Personalbogen einfordern zu lassen, um nachzusehen, wes Geistes Kind der Betreffende ist.

Ganz besondere Vorsicht ist geboten bei der Vernehmung Schwachsinniger als Zeugen. Ihre Wahrnehmungen sind unsicher, ihre Erinnerungsbilder meistens unzuverlässig. Der Voreid sollte ihnen niemals abgenommen werden, der Nacheid nur dann, wenn der Richter sich überzeugt hat, dass sie begriffen haben, was der Eid bedeutet, und was sie beschwören sollen. Hierdurch würde einer grossen Zahl von falschen Eiden vorgebeugt werden. Auf diesen Umstand wurde auch nachdrücklichst hingewiesen auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Breslau, in der Abteilung für gerichtliche Medizin.

1. Kongress für Kinderforschung und Jugendfürsorge zu Berlin

1.—4. Oktober 1906.

Von San.-Rat Dr. Sonnenberger (Worms).

Der 1. Kongress für Kinderforschung und Jugendfürsorge fand vom 1.—4. Oktober in den Räumen der Berliner Friedrich Wilhelms-Universität unter dem Vorsitz des Erziehungsphilosophen Geh. Reg.-Rat Professor Dr. Münch-Berlin statt. Der Kongress war aufs sorgfältigste vorbereitet worden und haben sich um das Zustandekommen und den — wie von vornherein bemerkt sei — äusserst erfolgreichen Verlauf vor allem das vorbereitende engere Komitee, dem ausser dem Genannten noch Direktor Trüper-Jena und Dr. Ament-Würzburg verdient gemacht. Der Kongress war vor allem ein Arbeitskongress und war von Vergnügungen, Festessen u. dergl., wie sie sonst üblich sind, so gut wie ganz abgesehen worden.

Die Versammlungen waren ausserordentlich gut besucht und gab sich das regste Interesse nicht allein bei den zahlreichen Fachgelehrten — Ärzte, besonders Kinderärzte, Psychiater, Juristen, Sozialpolitiker, Lehrer und Leiter aller Schulgattungen, Vorstände von Fürsorgeanstalten für anormale und pathologisch veranlagte Kinder und Jugendliche, viele sachkundige Frauen, die aus allen Teilen Deutschlands und vielen ausserdeutschen Ländern zusammengekommen

Digitized by Google

waren — kund, sondern es folgten auch viele gebildete Laien den Verhandlungen mit grösster Aufmerksamkeit.

Wir müssen an dieser Stelle uns bezüglich unseres Berichtes eine gewisse Beschränkung auferlegen und werden nur über diejenigen Vorträge — die in allgemeinen Versammlungen und 3 Sektionen (der anthropologisch-psychologischen, der psychologisch-pädagogischen und der philanthropisch-sozialen Abteilung) in grosser Anzahl gehalten wurden — ausführlicher berichten, die bei den Lesern unserer Zeitschrift ein grösseres Interesse in Anspruch nehmen dürfen.

Professor Dr. Baginsky (Berlin) sprach über: Impressionabilität der Kinder unter dem Einfluss des Milieus. Das Kind besitzt in starkem Masse die Fähigkeit, sich unter dem Eindruck äusserlicher Geschehnisse der Umwelt, des Milieus — zu wandeln. Das kommt sowohl bei gesunden als auch bei kranken Kindern vor. Sogar ganz kleine Kinder, die mehrere Tage unruhig sind, schreien etc., werden oft ruhig, wenn sie in das Milieu des Krankenhauses kommen. B. sah Schiefhals, nächtliches Bettnässen etc. allein durch Verbringung des Kindes in ein Krankenhaus heilen. Auf nervöse, verzogene Kinder wirkt das Milieu ungeheuer in Bezug auf deren gesamten psychischen Habitus. — Selbst ernstere krankhafte Zustände von Kindern heilen oft allein durch die Verbringung ins Krankenhaus mit geordneter Pflege etc. Das alles gilt noch vielmehr, wie schon angedeutet, in psychischer Beziehung. Psychischer Mechanismus Strümpell's.

Beim Kinde ist die Verquickung des Psychischen und Somatischen, von Vorstellung und Empfindung grösser als beim Erwachsenen. Ferner sind in der kindlichen Psyche Vorstellungen und Assoziationen noch locker, noch nicht befestigt, sie sind daher durch neue Wahrnehmungen sehr leicht zu lösen. Mächtig ist der Einfluss von Trieben — angeborenen oder gewohnheitsgemässen — beim Kinde, vor allem der Nachahmungstrieb, die Triebe der Lust und Wollust. Eigenartig ist dem Kinde die Einschätzung der Vorstellung als Wirklichkeit, dies ist die Quelle der Phantasie, der Furcht, aber auch der Lüge des Kindes. — Die praktischen Folgerungen der B.'schen Ausführungen beziehen sich einerseits auf die Pädagogik: gutes Milieu beseitigt schlechte Gewohnheiten der Kinder, besonders deren Lügenhaftigkeit, mit der Einschränkung, dass Anlagen, die durch Vererbung mit auf die Welt gebracht sind, dabei eine Rolle spielen. Andrerseits haben die B.'schen Darlegungen ein grosses juristisches Interesse: Kinderaussagen vor Gericht sind für den Kenner wertlos, es sind inkrustierte fehlerhafte Assoziationen. Man kann aus einem Kinde herausholen, was man will. Die deutsche Gerichtsbarkeit hat sich von diesen Tatsachen noch nicht überzeugt, sonst würde sie die Bedeutungslosigkeit kindlicher Zeugenaussagen schon erkannt haben. Anders in Schweden, wo vor dem 15. Lebensjahre niemand als Zeuge vernommen werden darf. — Die medizinische Wissenschaft zieht aus den vorgebrachten Tatsachen grossen Nutzen, vornehmlich wenn es sich um pathologische Zustände der kindlichen Psyche handelt, die durch Wechsel des Milieus oft wunderbar beeinflusst werden. (Hierzu gehören auch z. T. die Tatsachen, welche

Digitized by Google

Gutzmann in einem Vortrage über „Sprachgebrechen bei Kindern“ angeführt hat, dass nämlich stotternde Ferienkolonisten ihren Sprachfehler in den 4 Wochen ihres Ferienaufenthaltes vollständig verloren haben, daher es jetzt auch einen eigenen Ferienkolonienverein für stotternde Schulkinder in Berlin gibt. — Ferner führte Sonnenberger in seinem Vortrag über „Ferienkolonien“ an, dass die B.'schen Ausführungen es auch begreiflich machen, wie während der 4 Wochen Ferienaufenthalt in den Kolonien oft das ethische Niveau der Ferienkolonisten auf die Dauer gehoben wird, sie oft viel anständiger und gesitteter dadurch werden. Ref.)

Ueber psychasthenische Kinder berichtete auf Grund reicher Erfahrungen Direktor Dr. Heller-Wien.

Die Zustände von seelischer Schwäche und verminderter seelischer Widerstandsfähigkeit werden bei Kindern oft verkannt. Sie äussern sich in Fehlern, Unarten, Unlustgefühlen, raschem Ermüden bei der Arbeit oder dem Spiel, lange anhaltenden Gemütsverstimmungen. Sie sind nicht selten die Folge krankhafter Veranlagung. Zu dieser Rubrik gehört auch ein Teil der „schlecht essenden Kinder“. In der Schule sind derartige Kinder, obschon sie oft geistig recht geweckt erscheinen, hochgradig zerstreut, zeigen einen Mangel an Ausdauer beim Arbeiten; sehr auffallend ist ihre Abneigung gegen das Turnen. Meist leiden sie auch an der sogenannten Erwartungsneurose, d. h. sie befinden sich oft tagelang vor einer Arbeit in unruhiger Erwartung und Angst, ihre Aufregung äussert sich am stärksten in der Prüfungsangst. Sie hassen Lehrer und Schüler; es kommt oft zu förmlichen Krisen mit Begehung leichtsinniger, selbst verbrecherischer Streiche, Selbstmordgedanken treten auf, den Schluss der Tragödie bildet der Selbstmord. Die Krisen fallen meist in die Zeit der Geschlechtsreife, nehmen oft später ab, ohne dass später ein Rückfall eintritt; sie bilden sogar manchmal einen Wendepunkt zur Besserung. In dieser kritischen Zeit wird oft daheim und in der Schule eine ganz verkehrte Behandlung eingeschlagen: der Schüler wird aus der Schule gewiesen, wandert von einer Anstalt in die andere, wird nach Amerika abgeschoben, im Elternhaus gibt es furchtbare Auftritte. Daraus entsteht oft chronische Verwahrlosung, ein verfehltes Leben. — Je eher die seelische Schwäche erkannt, desto eher kann sie bei zweckmässiger Behandlung geheilt werden; Gymnastik, leichte Gartenarbeit u. dergl., also eine Beschäftigung, welche die Ermüdung bekämpft und dem Leben schon frühzeitig einen realen Inhalt gibt. Eine derartig richtig dosierte Beschäftigungsbehandlung ist im Elternhause meist schwer durchzuführen; Erziehungsanstalten, wenn möglich mit ländlichen Betrieben, stiften hier viel Segen. Die Verkennung der psychasthenischen Grundlagen ist viel schuld daran, dass die Resultate beim Kampfe gegen die Verwahrlosung der Jugend bisher so viel zu wünschen übrig liessen. Die Fürsorgeerziehung müsste mehr und mehr zu einer Heilerziehung ausgestaltet werden.

Dr. Bernhard (Berlin) sprach über den Schlafmangel Berliner Gemeindeschüler.

Die Beobachtungen erstreckten sich auf 6551 Kinder aus dem

Digitized by Google

Zentrum der Stadt und ergaben, dass die Schlafzeit für alle Altersklassen hinter der unbedingt notwendigen zurücksteht. Die Unterschiede betragen für den einzelnen Tag eine Stunde und 40 Minuten, d. h. ein Teil der Kinder schläft 608 Stunden im Jahre zu wenig. Sollte die verlorene Schlafzeit nachgeholt werden, so müssten die Kinder etwa 25 Tage ununterbrochen Tag und Nacht schlafen. Die Ursachen der allzu geringen Schlafdauer liegen weniger in Überbürdung mit Schularbeiten oder krankhafter Schlaflosigkeit der Kinder als in der Lässigkeit und in dem Unverstand vieler Eltern und in den misslichen sozialen Verhältnissen. Schlafräume und Lagerstätten spotten dabei oft aller hygienischen Vorschriften. Bis zu neun Personen schliefen in einem Zimmer und bis zu vier in einem Bett! Zur Besserung der Verhältnisse bedarf es vor allem der aufklärenden Mithilfe der Presse. Die Eltern müssen auf die Wichtigkeit genügenden Schlafes für die Kinder und der Staat und die Kommune auf die Dringlichkeit einer Lösung der Arbeiter-Wohnungsfrage immer wieder hingewiesen werden. Von der Schule verlangt Dr. Bernhard, dass der Unterricht zum wenigsten für die Kinder der Unterstufe im Sommer nicht vor acht, im Winter nicht vor neun Uhr beginnt, und als Wichtigstes die Einführung eines Hygiene-Unterrichts. (Schluss folgt.)

Referate.

Zur lokalen Behandlung der Diphtherie mit Pyozyanose. Von K. Zucker. (Klinik Pfaundler-Graz. — Arch. f. Kdhlkde. Nr. 44, Hft. 1—3).

Es wurden behandelt: 8 Fälle von Diphtherie mit Pyozyanose ohne Heilserum, 24 mit Pyocyanose und Heilserum (alle Fälle klinisch und bakteriologisch, zumeist auch kulturell sichergestellte Fälle). Dabei beeinflusste nun die Pyozyanose in manchen Fällen von Rachendiphtherie den lokalen Prozess und indirekt den Allgemeinzustand in ausgesprochen günstigem Sinn. Als „Adjuvens" erscheint die Pyozyanose namentlich in jenen Fällen von Rachendiphtherie angezeigt, in welchen die Rückbildung der Membranen schleppend vor sich geht und in solchen, wo von Anfang an sogen. „septische Zustände" vorliegen. Von der spezifischen Behandlung mit Heilserum ist bei Anwendung der P. in keinem Falle abzusehen. Als Nebenwirkung wurde in 2 Fällen (ein 5- und ein 2jähriges Kind) Erbrechen und Diarrhoeen, die letzteren von einem an kroupöser Dickdarmaffektion reinnernden Aussehen. Es ist daher bei den Kindern, die den Überschuss der versprayten Lösung nicht auszuspucken erlernen einige Vorsicht notwendig. Das Verschwinden der Beläge unter Pyozyanosewirkung scheint in anderer Art vor sich zu gehen als unter

Digitized by Google

Serumwirkung: Statt, wie bei letzterer, nach der Demarkation einer Ablösung in grösserem Anteil oder gar in toto, hier ein gleichmässiges Abschmelzen von den Rändern und der Oberfläche her, welch letztere gekörnt und trocken erscheint. Alle 8 Erkrankungsfälle konnten nach Ablauf von 18 Tagen geheilt entlassen werden. Die Beläge verschwanden ziemlich rasch am 3. oder 4. Behandlungstag. Das heteroforme bakteriolytische Enzym des für die Menschen wenig pathogenen Bazillus pyozyaneus, „die Pyozyanose", wird in Pulverform genommen und wird in braungrüner haltbarer und hitzebeständiger Lösung verschiedener Konzentration mittelst Spray zur Anwendung gebracht. Es wird im Laboratorium Lingner in Dresden dargestellt. — Über die Konzentration der verwendeten Lösung werden keine Angaben gemacht. 2—3mal tägliche Besprayung. Netter (Pforzheim).

Die Diagnose der eitrigen Pleuritis beim Kinde. Von E. Apert. (Wien. med. Press. 4. Nov. 1906. — Medic.).

Die eitrige Pleuritis beim Kinde bleibt oft unbemerkt, und dieser diagnostische Irrtum hat nicht selten die schwersten Konsequenzen. Die Kinder magern ab, verlieren an Kräften und gehen schliesslich zu Grunde, da sie als unheilbare Tuberkulöse angesehen werden, während eine rechtzeitige und ausgiebige Entleerung des Pleuraraumes sie sicher geheilt hätte. Die Diagnose der eitrigen Pleuritis ist dabei stets exakt zu stellen, wenn man nur gewisse Eigentümlichkeiten des kranken Kindes, deren Unkenntnis grosse Irrtümer verursacht, stets berücksichtigt. Man auskultiere zunächst den Rücken des gänzlich unverhüllten Oberkörpers und vergesse nicht, zum Vergleich beider Seiten in der Achselhöhle zu untersuchen. wo man noch am ehesten vor Täuschung durch Fortleitung der Geräusche von der einen Seite zur anderen geschützt ist. Die Perkussion muss sehr leicht sein, um zu verhüten, dass der ganze kleine Thorax mitschwingt. Zur Prüfung des Stimmfremitus lege man die Hand abwechselnd in die Achselhöhlen, nie auf den Rücken, wo man durch die Fortleitung der Geräusche und Schwingungen getäuscht wird. Man vergesse auch nicht, dass alle Geräusche, die infolge der Zartheit der Thoraxwandungen ohne Abschwächung an das Ohr gelangen, beim Kinde intensiver sind. So können die wichtigen Zeichen der Pleuritis: Abwesenheit oder Abschwächung des Atmungsgeräusches trotz vorhandenen Ergusses beim Kinde leicht fehlen. Nur ein sehr grosser Erguss beseitigt völlig Atmungsgeräusch und Fremitus. Vor allem muss man bei den entsprechenden Krankheitsfällen an die Möglichkeit eines Ergusses denken; dann werden alle Zweifel schnell durch die Probepunktion zu beseitigen sein. Nie aber gebe man sich vorläufig mit der Diagnose Tuberkulose zufrieden, die oft das Todesurteil für den kleinen Patienten bedeutet.

Die Ernährung mit Holländischer Säuglingsnahrung, einem Buttermilchgemisch — Buttermilchkonserve. Von Alb. Feuchtwanger Frankfurt a. M. (Vortrag, gehalten im ärztl. Verein Frankfurt a. M. Zentralblatt für Kinderheilkunde 1906 Heft 12.)

Verwendet wurde die von die Firma Staudt u. Co. in Vilbel

Digitized by Google

hergestellte Buttermilchkonserve, da F. mit gewöhnlicher Buttermilch schlechte Erfahrungen machte. Auszuschliessen sind von der Ernährung mit Buttermilch akute Magenstörungen und Brechdurchfälle. Hauptgebiet der in Rede stehenden Ernährungsweise sind die Störungen durch mangelhafte Ausnutzung der Nahrung, und zwar 1. bei mangelhafter Ausnutzung des Fettes bei Fettinsuffizienz und 2. bei Empfindlichkeit gegen die gewöhnliche Kuhmilch. Wahre Triumphe feiert die Buttermilchernährung bei der Atrophie ohne akute Magendarmstörungen.

Gute Erfolge sah F. auch bei ausgebreiteten Ekzemen. Auch beim Allaitement mixte bewährte sich die Buttermilch.

Im Gegensatz zu Salge ist der Verfasser nicht der Meinung, dass längere Anwendung von Buttermilchnahrung Rachitis verursacht, auch betr. des Einflusses auf die Entstehung von Barlow'scher Krankheit ist F. Skeptiker. Baron (Dresden).

Über Buttermilchfieber. Von G. Tugendreich. (Arch. f. Kdhlkde. Bd. 44, Hft. 1—3.)

Eingangs seiner Arbeit spricht sich Tugendreich über die Buttermilch im allgemeinen dahin aus, dass sie sich als ein vortreffliches, manchmal lebensrettendes Nahrungsmittel auf den Säuglingsabteilungen bewährt habe. Er glaubt dem Gebrauch derselben einen gewissen Anteil an der Herabsetzung der Sterblichkeitsziffer auf den Säuglingsabteilungen zuschreiben zu müssen. Dass sie indes nicht fehlerfrei ist, weist Tugendreich in seiner Arbeit nach und erwähnt es als auffallend, dass Leschziner als einziger bis jetzt des Umstandes gedacht hat, indem er in seiner Arbeit aus dem Dresdener Säuglingsheim sagt, dass von der weiteren Buttermilchernährung in gewissen Fällen Abstand genommen werden musste, weil Temperatursteigerungen eintraten und das Befinden des Kindes sich nicht besserte. Zu diesen mit der Art der Ernährung zusammenhängenden Störungen würden ferner gehören Unruhe, weinerliche Stimmung, Verschlechterung der Stühle. Dass daran eine minderwertige Qualität der Buttermilch schuld ist, sei darum nicht anzunehmen, weil unter einer grösseren Zahl mit der gleichen Milch gleichzeitig ernährter Säuglinge nur immer wenige vorhanden sind, bei denen diese Symptome zutage treten. Sie müssen also eine Folge der Buttermilchdarreichung an sich sein. Auf Grund der relativ grossen Zahl der Beobachtungen spricht sich Tugendreich dahin aus: Das Fieber tritt gewöhnlich sofort, manchmal aber auch mehrere Stunden nach der ersten Darreichung auf und schwankt zwischen eben erkennbaren und exzessiven Höhen. Während es bei dem grösseren Teil der Säuglinge mit einer einmaligen Steigerung sein Bewenden hat (Fall 1), fiebern andere weiter und nötigen zum Diätwechsel (Fall 2). Von diesen verträgt ein geringer Prozentsatz die Buttermilch gut, wenn sie nach einigen Tagen indifferenter Nahrung aufs neue gegeben wird, während andere bei jedem Versuche jedesmal mit oft hohem Fieber reagieren und zum Exitus kommen, wenn die Nahrung nicht ausgesetzt wird. Das Allgemeinbefinden ist gewöhnlich während dieses Fiebers in wech-

Digitized by Google

selndem Masse beeinflusst und kann selbst das Bild eines kollapsähnlichen Zustandes darbieten. Die Stühle werden häufig dünner, aber nicht schleimig; Erbrechen ist selten. Doch konnte auch bei tadellosen Stühlen das Buttermilchfieber konstatiert werden. Das Gewicht des Säuglings bleibt stehen oder geht zurück. Bei einigen Kindern bewirkt erst ein gewisses Quantum Buttermilch, also eine gewisse Summation der Schädlichkeiten, Fiebersteigerungen (Fall 4). Vielleicht sind damit auch jene merkwürdigen Fälle zu erklären, die fieberfrei sind, solange die Buttermilch abwechselnd mit anderer Kost gemischt wird, um erst bei ausschliesslich gegebener Buttermilch fieberhaft zu werden. Als fast für alle Fälle charakteristisch gilt die plötzliche Besserung, insbesondere der kritische Temperatursturz mit Aussetzen der Buttermilch. Das Bemerkenswerte an diesen Beobachtungen liegt jedenfalls darin, dass gleiche Zustände, wie sie beim Übergang der Ernährung mit Muttermilch zur Kuhmilch auftreten, anlässlich eines Diätwechsels vorhanden sein können, bei dem die Artverschiedenheit des Eiweisses keine Rolle spielen kann, auch das Fett kann, bei der Fettarmut der Buttermilch, nicht zur Erklärung herangezogen werden. Vielleicht handelt es sich eher um eine Art Mobilisation pathogener, im Darm schlummernder Bakterien. Damit wäre auch eine Erklärung für das Auftreten gerade der beschriebenen Zustände gerade unter Buttermilchernährung gegeben, deren heilsame Wirkung von einigen ja hauptsächlich auf die „Umstimmung der Darmflora" zurückgeführt wird. Ohne Zweifel haben die hier gegebenen Tatsachen, abgesehen von ihrem theoretischen Interesse, eine praktische Bedeutung für den Praktiker darum, weil die Kenntnis dieser Dinge ihn von der voreiligen Aussetzung dieser Nahrung abhalten wird. Unter Kontrolle der Temperatur und des Allgemeinbefindens kann er ruhig einige Tage zuwarten, um andererseits die Nahrung zu verlassen, wenn das Fieber anhält, seien die Stühle noch so gut. Netter (Pforzheim).

Beobachtungen über kuhmilchfreie Ernährung bei dem Laryngospasmus, der Tetanie und Eklampsie der Kinder. Von L. Mendelsohn und Ph. Kuhn. (Zeitschr. f. Kdhlkde Nr. 44, Heft 1—3.)

Die Mitteilung bezieht sich auf etwa 50, hinreichend lange beobachtete Fälle, denen in Ermangelung von Ammenmilch eine kuhmilchfreie Diät nur in Form vegetabilischer Nahrung gegeben werden konnte, die sich bei älteren Kindern in Gestalt von Reis und Gries, in Wasser gekocht, von Zwieback, von Kindermehlen mit Ausnahme des Milch enthaltenden Nestle'schen Mehles, sowie von grünem ohne Butter zubereiteten Gemüse lange Zeit nicht nur nicht ohne Gewichtsverlust, sondern sogar mit Gewichtszunahme geben lässt, während bei jungen Kindern auf die Darreichung von Kindermehlen unter teilweiser Beigabe von vegetabilischen Nährpräparaten z. B. Roborat (das Lahmann'sche Fett wird von den Kindern auf längere Zeit nicht vertragen) ein wieder zur Kuhmilch zwingender Rückgang im Körpergewicht eintritt. Die einzelnen Krankheitssymptome fanden sich in verschiedener Weise kombiniert: in den meisten Fällen Laryngo-

Digitized by Google

spasmus allein oder mit anderen Tetaniesymptomen, vor allem dem Erb'schen Phänomen, in anderen Fällen ausgesprochener Tetanie, in anderen in verschieden starker und latenter Tetanie. Bezüglich des Einflusses der Kuhmilchentziehung auf den Laryngospasmus ergab sich in einzelnen Fällen eine Parallelität zwischen dem Verschwinden der Anfälle und der Milchentziehung resp. ihrem Wiederauftreten und der Milchdarreichung. In anderen Fällen schien ein Einfluss der Milchdarreichung erst von einer gewissen Konzentration ab nachweisbar. In anderen Fällen gelang es, durch längere Milchentziehung die Kinder anfallsfrei zu machen, um sie durch allmähliche Steigerung in der Konzentration an die Milch zu gewöhnen. Praktisch wichtig ist die günstige Wirkung, die in einer Anzahl von Fällen mit der gleichzeitigen Darreichung von Phosphorlebertran neben kuhmilchfreier Diät erreicht wurde. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle aber wurden die Anfälle bei kuhmilchfreier Diät nicht vollständig zum Schwinden gebracht, sondern nur ganz erheblich in Bezug auf Intensität und Frequenz gebessert. Zuweilen war die Entziehung der Kuhmilch nur vorübergehend wirksam, die Anfälle kamen noch bei kuhmilchfreier Diät bei den einen ohne nachweisbare Ursache, bei den andern nach einer interkurrenten akuten Störung. Bei einem Teil der Fälle, besonders den überernährten Kindern, wirkte vielleicht schon die allgemeine Regelung der Diät und in einer dritten Gruppe endlich war die Kuhmilchentziehung ohne jeden Einfluss auf die Häufigkeit und Heftigkeit der Anfälle (8 Fälle). Dass sich durch die Kuhmilchentziehung jene schrecklichen Todesfälle im laryngospastischen Anfalle nicht erhärten lassen, kann nach allem nicht überraschen. 2 Krankengeschichten illustrieren in dramatischer Kürze dieses traurige Faktum. Lehrreich ist namentlich der zweite Fall: von dem Tage ab, an dem Patient starb, sollte gerade wegen Gewichtsabnahme zu einer schwachen Kuhmilchmischung übergegangen werden. Wäre der Tod nicht schon vorher eingetreten, wie leicht hätte man den unglücklichen Ausgang auf die Milchzufuhr schieben können. Die beiden Autoren gelangen nach allem zu der Schlussfolgerung, dass die Kuhmilchentziehung zwar kein Mittel ist, auf das alle Fälle günstig reagieren, dass sie aber bei jedem schweren Fall von Laryngospasmus zu versuchen und zwar solange, als ein Gewichtsverlust nicht zu konstatieren ist. — Was den Einfluss der Kuhmilchentziehung auf die manifeste Tetanie angeht, so reichen indes die Beobachtungen der Verfasser zu einem abschliessenden Urteil nicht aus, immerhin glauben sie unter der Behandlung ein Nachlassen der besonders an Händen und Füssen sehr erheblichen Spasmen (Arthrogryposis) gesehen zu haben. Bei den die Mehrzahl bildenden Fällen von latenter Tetanie ging unter Kuhmilchentziehung in vereinzelten Fällen die elektrische Übererregbarkeit zur Norm zurück, und zwar erst allmählich, auch die mechanische Übererregbarkeit verschwand völlig, in einigen Fällen, in denen auch die Laryngospasmen Besserung zeigten. Auch im Verhalten des Laryngospasmus zur elektrischen Übererregbarkeit fand sich häufig eine Parallelität im Verhalten beider. In anderen Fällen blieben die Zeichen der gesteigerten mechanischen Erregbarkeit

Digitized by Google

(Choostek, Thiemich, Trousseau) völlig unbeeinflusst, sodass von einer Einwirkung der kuhmilchfreien Diät auf die Symptome der latenten Tetanie nur in sehr geringem Masse, in vielen Fällen überhaupt nicht, gesprochen werden kann. — Inwieweit dieser Unterschied etwa auf das allgemein-pathologische Verhältnis des Laryngospasmus zur Tetanie Licht zu werfen im stande ist, müssen weitere Beobachtungen zeigen. Netter (Pforzheim).

Die praktische Bedeutung der Inhalation für die Behandlung von Kehlkopf- und Lungenerkrankungen. Von A. Rosenberg. (Zeitschr. f. ärztl. Fortb., 15. Nov. 1906. — Medic.)

Die Inhalationstherapie hat auch heute noch, trotz der Fortschritte der endolaryngealen Behandlung, ihre praktische Bedeutung für Kehlkopfleiden. Beim akuten Kehlkopfkatarrh wird die oft recht lästige Trockenheit im Halse durch Einatmungen von Wasserdämpfen oder Decoct. Flor. Sambuci u. ä. Mittel gelindert; bei stärkerer Sekretion, insbesondere wenn sie, wie nicht selten bei Kindern, die Ursache für Dyspnoe abgibt, empfehlen sich Inhalationen von Terpentin oder Eucalyptus; es genügt für diese Fälle gewöhnlich einige Tropfen bis zu einem Teelöffel das Öls auf etwa $^1/_2$ Liter heisses Wasser in einen Topf zu giessen, diesen mit einem Trichter zu bedecken und die aus seinem quasi Schornstein aufsteigenden Dämpfe einatmen zu lassen. Beim chronischen Kehlkopfkatarrh lässt man zwei- bis dreimal täglich je 5—10 Minuten eine 0,5—1,5% Tannin- oder Alaunlösung inhalieren; will man die expektorationsbefördernde Wirkung der Einatmung steigern, so kann man einige Tropfen Ol. Menth. hinzufügen, während der Zusatz von Aq. laurocerasi den Hustenreiz lindert. Bei reichlicher flüssiger Sekretion verwendet man die sekretbeschränkenden aromatischen Öle: Terpentin, Myrtol, Wachholeröl etc., zur Schmerzstillung Menthol, Bromkali (1—5%) Morphin oder Kokain, zur Desinfektion Karbolsäure (0,1—1%), Thymol 0,05 bis 0,1%, Borsäure 1—3% u. a. m. Vor allem aber sind Inhalationen in allen denjenigen Fällen zweckmässig, wo das Sekret zu Krusten eintrocknet, Heiserkeit und Atembeschwerden hervorruft, die sich, vor allem also bei Laryngitis sicca, zu heftigen Erstickungsfällen steigern können. Die dabei zur Verwendung kommenden Solventia (Natr. chlorat. ca. 1%, Ammon hydrochl. 2%, Natr. carbon. und bicarbon. 0,5—2%, Emser oder Gleichenberger Wasser u. a.) lösen die Borken, sie werden ausgehustet. Dadurch wird dem Patienten eine grosse Erleichterung verschafft. Was die Erkrankungen des tieferen Respirationstraktes betrifft, so hat die Inhalation flüssiger Medikamente eigentlich nur einen Wert bei der Behandlung der Bronchialaffektionen. Bei der akuten und chronischen Bronchitis beruhigen die Einatmungen von Wasserdämpfen, Lösungen von Kochsalz, Natr. carbon., Emser Salz, Menthol u. a. den Hustenreiz und erleichtern die Expektoration. Ist die Sekretion sehr reichlich, so sind Terpentin und ähnliche Mittel am Platze. Sind bei der Bronchitis fibrinosa die Membranen bereits gelockert, so wird ihre Expektoration befördert durch Einatmung von Wasserdämpfen und alkalischen Lösungen sowie Aqua calcis (ca. 10%), wobei die forzierte

Digitized by Google

Atmung wahrscheinlich keine allzu geringe Rolle spielt. Bei der Bronchiektasie kann die Inhalation die Herausbeförderung des in den Höhlen befindlichen Sekretes befördern und andererseits die Bildung desselben beschränken. In erster Linie kommt hier in Betracht das Terpentin, weiter die Karbolsäure etwa 3%, das Thymol, Eukalyptol, Kreosot, die Salizylsäure und Adstringentien (Tannin, Alaun u. a.). Bei der Lungengangrän kann man nicht selten nach Einatmungen von Terpentin oder Karbolsäure den üblen Geruch schwinden und eine Verminderung des Sputums eintreten sehen. Bei der Bronchopneumonie wird durch die Inhalation von Wasserdämpfen, die man in die Umgebung des Kranken streichen lässt, nicht selten der Hustenreiz gemildert und die Expektoration befördert. Bei der Lungenzirrhose sind manchmal, wenn eine starke Sekretion besteht, Einatmungen antiseptischer Lösungen und balsamischer Mittel von Vorteil. Bei der Behandlung der Lungentuberkulose haben die Inhalationen, für die im Laufe der Jahre eine grosse Reihe von Mitteln empfohlen worden ist, nach den bisherigen Erfahrungen nur einen symptomatischen Wert.

Infantiler Skorbut. Von Morse. (Journ. of the americ. medical assoc. 14. April 1906.)

Unter den 50 vom Verfasser analysierten Fällen von Barlow'scher Krankheit wurde die Krankheit nur in 5 Fällen gleich richtig erkannt. Meist waren Rheumatismus, Dentitionsbeschwerden, Spondylitis, Nephritis angenommen worden. Dass Verwechselungen mit Rachitis, Periostitis und Lues vorkamen, wird nicht weiter Wunder nehmen. Unter den verschiedenen Ernährungsarten standen die Mehle obenan. Dass auch selbst da, wo die Ernährung eine ganz rationelle war, sich die Zeichen der Barlow'schen Krankheit einstellten, kann nicht überraschen, seitdem wir wissen, dass selbst Brustkinder nicht verschont zu bleiben brauchen. Es wird wohl überhaupt keine Nahrung geben, bei der ein Säugling nicht an Morbus Barlowii erkranken könnte, und dies bei einer Nahrung, die bei einem anderen Barlowkranken Kind schon zur Heilung genügt. Können wir vorläufig des Begriffes „Disposition" in der Pathologie überhaupt nicht entraten, in derjenigen des Morbus Barlow sicher nicht. Das früheste Symptom war meist Schmerzhaftigkeit, nächstdem Zahnfleischaffektionen und lähmungsartige Zustände der Glieder. Hervorgehoben zu werden verdient, dass Blässe selten stark hervortrat, dasjenige Symptom, das sonst immer als markantes, fast nie fehlendes bezeichnet wird. Hämaturie und Ödeme waren weniger häufig, schwere Blutungen relativ selten. Möglich, dass die richtige Therapie zeitig genug eingesetzt hatte. Als antiskorbutische Diät bewährten sich Frucht- (Apfelsinen) und Fleischsaft. War die Nahrung an sich vorher eine zweckmässige, so unterliess man nur die Sterilisation, in der kühlen Jahreszeit auch die Pasteurisation. Besserung stellte sich bei richtiger Diagnose und rationeller Therapie manchmal schon binnen 24 Stunden ein, Heilung in 2 bis 3 Wochen. Netter (Pforzheim).

Digitized by Google

Über die Veränderungen der Knochen beim Skorbut und der Barlowschen Krankheit. Von E. Looser. (Jahrb. für Kinderheilk., 1905, Bd. XII.)

Auf Grund umfassender Untersuchungen kommt Looser zu folgenden Schlüssen:

Die Barlowsche Krankheit ist in Hinsicht auf die Ätiologie, Symptomatologie und pathologische Anatomie identisch mit dem Skorbut.

Der Skorbut erzeugt Veränderungen in den jungen im Wachstumstadium begriffenen Knochen. Bei dem von Skorbut befallenen Erwachsenen beobachtet man nur ausnahmsweise Knochenveränderungen im Bereich der Rippen, öfter im Bereiche alter Kallusmassen, deren Struktur diejenige des jungen Knochengewebes ist.

Die Barlowsche Krankheit besteht ihrer Natur nach in einer hämorrhagischen Diathese, welche durch chronische Ernährungsstörung bedingt ist. Von der Lokalisation der Hämorrhagien hängen die Symptome dieser Krankheit ab.

Die fibröse Umwandlung des Knochenmarkes ist das Resultat der intramedullären Hämorrhagien; die Knochenatrophie, welche im Bereich dieser Herde besteht, ist durch die subperiostalen sowie die in das Knochenmark stattfindenden Hämorrhagien bedingt.

Die Barlowsche Krankheit kann daher als infantiler Skorbut oder genauer als Skorbut der Säuglinge bezeichnet werden.

v. la Hausse (Kirchweidach).

Die Errichtung einer Zentrale für Säuglingspflege und Mutterschutz im Grossherzogtum Hessen.

Dem Gedanken, dass es Pflicht des Staates und Kommunen sei, der in Deutschland bestehenden übergrossen Säuglingssterblichkeit auf das nachdrücklichste entgegenzutreten und Mütter, die sich in Notlage befinden — namentlich also die unehelichen — in Lagen hineinzuversetzen, die es ihnen ermöglichen, ihrer Mutterpflicht genügen zu können, ist in letzterer Zeit von autoritativen Seiten öfters Ausdruck verliehen worden. Auch hat es an lobenswerten praktischen Bestrebungen dieser Art nicht gefehlt: die Errichtung von Säuglingsasylen und -Heimen, von Wöchnerinnenasylen, von Milchküchen, die Einführung von Stillprämien und dergl. sind ja für Säuglinge erfreulicherweise an vielen Orten in die Erscheinung getreten mit dem Zwecke, obige Gedanken ins Praktische zu übersetzen. Bisher hat aber kein Staat die Initiative dazu ergriffen, eine derartige Organisation zu schaffen, die solche Bestrebungen für ein ganzes Land einheitlich regeln würde. Ein hochgesinntes Fürstenpaar hat nun die Anregung dazu gegeben, eine solche Zentrale für Säuglingspflege und Mutterschutz zu schaffen. Am 4. Dezember vorigen Jahres gelegentlich der Taufe des Erb-Grossherzogs erschien ein Erlass des Grossherzogs Ernst Ludwig von Hessen, der den Ausbau der Fürsorge für Säuglinge und Wöchnerinnen, sowie für Schwangere aus den minderbemittelten Ständen versprach. Dem Versprechen ist rasch die Tat gefolgt. Am 10. Januar d. J. waren in Darmstadt ca. 30 hohe staatliche und städtische Verwaltungsbeamte, beamtete Ärzte und Kinderärzte — darunter

Digitized by Google

auch der Schriftleiter dieses Blattes — aus Hessen, sowie 2 auswärtige Herren, die sich auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge hervorragend betätigt haben und 2 Vorstandsdamen einer in Darmstadt bestehenden Stiftung für arme Wöchnerinnen auf Einladung des Ministers des Innern Exz. Braun versammelt, um im Beisein des grossherzoglichen Paares über „die Gründung einer unter den besonderen Schutz des Grossherzogs und der Grossherzogin zu stellenden Zentrale für Säuglingspflege und Mutterschutz im Grossherzogtum Hessen" zu beraten. Die Konferenz dauerte ca. $2^1/_4$ Stunden. In eingehender angeregter Debatte wurden die Hauptgesichtspunkte festgelegt, nach denen die Errichtung der Zentrale zu erfolgen hätte: sie soll einerseits Auskunftsstelle für alle auf jene Gebiete sich beziehenden Fragen sein, andererseits solle sie sich aber auch positive, praktische Aufgaben stellen. Und letzteres ist gerade dasjenige, was an dem Erlass so begeistert und erfreut hat. Es wurde beschlossen, dass durch den Minister Braun eine Kommission gebildet werden solle, die die nächste Arbeit erledigen und weitere spezielle Vorschläge ausarbeiten wird. — Es ist ein grosses und schweres Problem, welches sich das hessische Fürstenpaar und seine Berater gestellt haben. Kommt das Projekt aber unter sachverständiger Beratung und späterer Leitung zur Ausführung — und daran ist wohl nicht zu zweifeln —, so bedeutet es einen eminenten Kulturfortschritt zunächst für das Hessenland, es wird aber unserm weiteren Vaterland und der ganzen zivilisierten Menschheit zum Vorbild und insofern zum Wohl und Segen gereichen. — Wir werden unsere Leser über den Fortgang der Angelegenheit auf dem laufenden erhalten. S.

Rezensionen.

Die neueren Arzneimittel und ihre Anwendung. Von Dr. Richard Lüders unter Mitwirkung von Dr. med. W. Thom in Düsseldorf. Mit zahlreichen Rezepten, praktischen Anleitungen und Illustrationen im Text, unter besonderer Berücksichtigung der in- und ausländischen Literatur. (Schlusslieferung.) Leipzig 1906, Benno Konegen Verlag. Preis des ganzen Werkes 15,— Mk., geb. 16,50 Mk.

Der letzte Teil des Buches (Schlusslieferung) pag. 433—904 gibt in derselben umfassenden ausführlichen und zuverlässigen Weise Auskunft über die Zusammensetzung, Wirkung, Dosierung und Preis der neueren Arzneimittel, wie es in den beiden ersten Teilen der Fall war, so dass der Arzt sich über alles ein Urteil bilden, über alles sichere Auskunft holen kann. Es wird in dem III. Teil behandelt: Kochsalzinfusionen, Paraffininfektionen, das Radium, die

Digitized by Google

sonstige Lichttherapie (Sonnenlicht, elektr. Licht, einfarbiges Licht etc.), ferner kommen in einem besonderen Kapitel zur Besprechung: Arzneimittel gegen spezielle Krankheiten, in alphabetischer Ordnung: Anämie, Arteriosklerose, Asthma, Basedow'sche Krankheit, Diabetes mellitus, Diarrhoe, Diphtherie, Fettsucht, Furunkulose, Gicht, Gonorrhoe, Harnkrankheiten, Heufieber, Impotenz, Keuchhusten, bösartige Geschwülste, Malaria, Nervenkrankheiten, Pest, Rheumatismus, Syphilis, Tetanus, Tuberkulose, Typhus, Wochenbettfieber. In einem Anhang werden noch als nachträgliche Ergänzung allgemeine Arzneimittel (Abführmittel, lokale Anästhetika, Antipyretika, Antiseptika, blutbildende Mittel Anhydrotika, Diuretika, Magenmittel) und Arzneimittel gegen spezielle Krankheiten (Jodkaliersatzmittel, Mittel gegen Diabetes, Diarrhoe, Fluor albus, Gicht, Genickstarre, Gonorrhoe, Hämorrhoiden, Juckreiz, die Nähr-Blut-Eisenpräparate, Mittel gegen Rheumatismus, Tuberkulose, Würmer, dann noch Diversa, unter denen sogar Pfarrer Kneipp's Heilmittel nicht fehlen, auch die div. Sera etc.) behandelt. Einen besonderen Abschnitt bilden: Die Reichsarzneitaxe für die in dem Buche aufgeführten Mittel, zwei Register (Heilmittel, Krankheiten), die den praktischen Gebrauch erleichtern und unentbehrlich sind. Die Ausstattung des Buches ist gut. Das Werk wird sicherlich wegen seiner ausserordentlich praktischen Bedeutung, und seiner Zuverlässigkeit und Reichhaltigkeit wegen in einer Zeit, wo so unzählige neue Heilmittel auf den Markt gebracht sind und werden, viele Abnehmer finden und dies verdient es ganz entschieden.

Wulff (Oldenburg).

Steuerpflicht, Steuerdeklaration und -Reklamation für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte aller deutschen Bundesstaaten. Von Dr. med. R. Schilling, Kgl. preuss. Kreisphysikus a. D. in Leipzig. 3. vermehrte Aufl. 8°. 84 S. Leipzig 1906. Benno Konegen Verlag. Preis 1,40 Mk., gebunden 1,70.

Von dem bekannten Büchlein ist die Notwendigkeit der neuen Auflage der beste Beweis seiner Brauchbarkeit. Es sind alle inzwischen ergangenen Gerichtsentscheidungen und von Einzelstaaten getroffenen legislatorischen Änderungen aufgenommen, besonders auch die Novelle des preussischen Einkommensteuergesetzes vom 19. Juni 1900 berücksichtigt. Wer sich vor Schaden schützen will, benutze bei seiner Steuererklärung das Heftchen. Levy (Berlin).

Pflege und Ernährung des Säuglings. Leitfaden für Pflegerinnen. Von Dr. M. Pescatore. 8°. 79 S. Berlin 1906. Jul. Springer. Preis 1 Mk.

Die Sterblichkeit in den Säuglingsheimen war stets eine grosse, grösser als bei Kindern in Einzelpflege. Diese Tatsache war unverständlich, denn in den Instituten wudren die Kinder doch besser ernährt und gewissenhafter gepflegt als in den Familien der Arbeiter. Schliesslich erkannte man, dass auch Magen- und Darmkatarrhe übertragbar sind. Übertragen werden diese Krankheiten durch die Hände der Pflegerinnen.

Digitized by Google

Deshalb erfordert die Anhäufung vieler Kinder eine besonders peinliche Sauberkeit von seiten des Wartepersonals. Um diese zu erreichen, hat P. das vorliegende Buch geschrieben. Er gibt darin genaue Vorschriften für Ernährung und Pflege und schildert eingehend die Gefahren der Nachlässigkeit. Die Darstellung ist gemeinverständlich, und da den Vorschriften auch die Begründung beigefügt ist, wird die Schrift sicher den gewünschten Erfolg haben. Kalmus (Allenstein).

Die physikalische Therapie im Kindesalter. Bearbeitet von Privatdozent Dr. Julius Zappert-Wien. (Physikalische Therapie in Einzeldarstellungen herausgegeben von Dr. J. Marcuse und Doz. Dr. A. Strasser, Heft 23) gr. 8, 91 Seiten, Stuttgart, Ferdinand Enke, 1906. Preis Mk. 2,20.

Es sind nur jene Methoden bezw. deren Anwendungsgebiete besprochen worden, die sich beim Kinde anders darstellen als beim Erwachsenen. Daher sind verschiedene physikalische Verfahren nur gelegentlich erwähnt, andererseits Erkrankungen des Zirkulationsapparates, des uropoëtischen Systemes, der blutbildenden Organe und der Haut gar nicht berührt worden. Das Buch wäre ja sonst ein Kompendium der Physikalischen Therapie für alle Erkrankungen des Kindesalters geworden mit Wiederholungen aus anderen Einzeldarstellungen der „Physikalischen Therapie". Ob damit aber nicht dem Arzte, der sich ausschliesslich mit Kinderheilkunde beschäftigt ein Gefallen geschähe? Vielleicht erweitert Z. später einmal in dieser Weise das vorliegende Buch.

Besonders hervorzuheben ist die treffliche Art der Behandlung der Frage des Badens der Neugeborenen, des Aufenthaltes der Kinder an der See und im Gebirge. Wenn auch Z. in erster Linie — vielleicht unbewusst — die ihm näherliegenden österreichischen Bäder etc. bevorzugt, so kommen aber auch unsere deutschen Badeorte zu ihrem guten Rechte. Der Hinweis auf die guten Erfolge der Jodbäder bei hereditärer Lues erscheint uns extra berechtigt, da diese hierfür viel zu wenig Berücksichtigung gerade in der besseren Praxis finden. Der indifferente bezw. ablehnende Standpunkt Z.'s gegenüber der Rotlichtbehandlung der Masern und des Scharlach, sowie der Impfung unter Rotlicht dürfte nicht allseitig geteilt werden. (Rotlicht empfiehlt Z. nur für schwere variolaähnliche Varizellen). Bei Keuchhusten ist Z. entschieden gegen die Verschickung keuchhustenkranker Kinder in Kurorte, Höhenstationen und ans Meer. Seine diesbezügliche Begründung erscheint mir als durchaus anerkennenswert und zur Beherzigung empfehlenswert. Die Schilderungen der hydrotherapeutischen Massnahmen bei Diarrhoe und die der Massage bei der Säuglingsobstipation erfreuen sowohl durch die genaue, bis ins Einzelne ausführliche Beschreibung der Technik, wie durch die treffliche Darstellung überhaupt, die die Lektüre des ganzen Buches von Anfang bis zu Ende zu einer genussreichen macht.

Wentzel (Zittau).

Verlag von Benno Konegen, Leipzig. — Druck von Julius Beltz, Hoflieferant, Langensalza.

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Sanitätsrat Dr. Sonnenberger in **Worms.**

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

XVIII. Jahrg. **März 1907.** **No. 3.** (207.)

Inhalt: Originalien: **Sonnenberger,** Bericht über den 1. Kongress für Kinderforschung und Jugendfürsorge zu Berlin 1.—4. Oktober 1906 (Schluss): Kulemann, Die forensische Behandlung der Jungendlichen. 49. — Hennig, Freiwilliger Liebesdienst und staatliche Ordnung in der Arbeit der gefährdeten Jugend. 50. — Felisch, Fürsorge für die schulentlassene Jugend. 50. — Heubner, Über das Vorkommen der Idiotie in der Praxis des Kinderarztes. 51. — Sonnenberger, Über die geschichtliche Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Ferienkolonien und verwandten Bestrebungen. 51. — **Kühner,** Kinderschutz. 52. — Referate: **Leiner,** Haarausfall bei hereditärer Lues. 54. — **van Huellen,** Behandlung der Tuberkulose mit Antituberkulose-Serum Marmorek. 54. — **Pater,** Einfluss des salzfreien Regimes auf die Gewichtsveränderungen im Laufe des Scharlach. 57. — **Balazs,** Verhütung der Scharlachnephritis mit Helmitol. 58. — **Milton-Miller,** Kotverhaltung bei Typhus. 59. — **Babonneix,** Echinokokkuszysten des kindlichen Gehirnes. 60. — **v. Bunge,** Die zunehmende Unfähigkeit, der Frauen, ihre Kinder zu stillen. 61. — **Rousseau,** Die gangränöse Lymphangitis des Scrotum beim Säuglinge. 63. — **Mouchet,** Angeborener Mangel der Fibula. 64. — **Sarvonat,** Amaurotische Idiotie als Familienkrankheit. 65. — **Babonneix,** Der Grössenwahn in der allgemeinen progressiven Paralyse des Kindesalters. 67. — Gesundheitspflege: **Schwimmer,** Der staatliche Kinderschutz in Ungarn. 68. — Rezensionen: **Hampe,** Über den Schwachsinn nebst seinen Beziehungen zur Psychologie der Aussage. 69. — **Grünwald,** Grundriss der Kehlkopfkrankheiten und Atlas der Laryngoskopie. 2. Aufl. 70. — **Schilling,** Kompendium der ärztlichen Technik mit besonderer Berücksichtigung der Therapie. 2. Aufl. 70. — **Röttger,** Genussmittel — Genussgifte! 70. — **Schill,** Dr. G. Becks Therapeutischer Almanach. 34. Jahrg. 1. Semesterh. 71. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 71. — Kleine Mitteilungen. 72.

Nachdruck mit **genauer** Quellenangabe gestattet. — Separatabdrücke verboten.

1. Kongress für Kinderforschung und Jugendfürsorge zu Berlin

1.—4. Oktober 1906.

Von San.-Rat Dr. Sonnenberger (Worms).

(Schluss.

Der Vortrag des Landgerichtsrates Kulemann-Bremen „die forensische Behandlung der Jugendlichen“ behandelt die Beurteilung des Kindes als Verbrecher. Der Redner klassifiziert die Verbrecher in: 1. Kinder bis zum 14. Lebensjahre, 2. Jugendliche (14.—21. Lebensjahr), 3. Erwachsene. Als staatliche Reaktionen auf Verbrechen kommen in Betracht: Erziehung, Bestrafung und Unschädlichmachung (letztere kommt nur für geistig anormale d. h.

Digitized by Google

solche Personen in Betracht, auf welche weder Erziehung noch Bestrafung mit Aussicht auf Erfolg anwendbar ist). Kindliche Verbrecher sollen ausschliesslich der Erziehung unterliegen, Erwachsene ausschliesslich der Bestrafung. Jugendliche Personen bilden eine Mittelklase, bei der nicht durch den Gesetzgeber allgemein im voraus, sondern durch den Richter im Einzelfalle nach Massgabe der Individualität sowie der Art und der näheren Umstände der Tat entschieden werden kann, ob und in welchem Umfange Erziehung oder Bestrafung am Platze ist. Gegen Jugendliche sind im Falle einer Verletzung der Strafgesetze folgende Massregeln zulässig: A. Erzieherische: 1. Überwachung und Beeinflussung der Erziehung bei den bisherigen Erziehern; 2. Unterbringung bei fremden Erziehern; 3. Aufnahme in einer Erziehungsanstalt. B. Strafrechtliche: 1. Verweis; 2. Geldstrafe; 3. Haft; 4. Gefängnis. Besondere Anstalten für die Bestrafung Jugendlicher sollen errichtet, dabei möglichst die Einzelhaft verhängt werden. Erzieherische und strafrechtliche Massregeln können miteinander verbunden werden. Da unsere Strafgerichte, wie sie heute bestehen, durchaus ungeeignete Organe für die Strafbehandlung Jugendlicher sind, da ungesunder Formalismus und handwerksmässiger Betrieb bei ihnen vorherrscht, so sind die bezeichneten Massregeln besonderen Behörden — Jugendgerichten — zu übertragen, die gebildet werden aus dem Vormundschaftsrichter als Vorsitzenden und einer Anzahl von Beisitzern, unter denen sich stets ein Arzt und ein Lehrer befinden sollen. Das Verfahren ist nach dem Vorbilde des schöffengerichtlichen zu gestalten. Die Öffentlichkeit kann ausgeschlossen werden. Die weiteren Vorschläge des Redners beziehen sich auf das Verfahren selbst und haben mehr juristisches Fachinteresse. Aus den Vorschlägen Kulemanns geht hervor, dass auch in den Kreisen der praktischen Juristen die Notwendigkeit der individuellen Behandlung des kindlichen und jugendlichen Alters vor Gericht sich Anerkennung verschafft hat. — In ähnlicher Richtung bewegten sich die Ausführungen des Pastors Dr. Hennig-Hamburg: „Freiwilliger Liebesdienst und staatliche Ordnung in der Arbeit der gefährdeten Jugend; ein Rückblick und Ausblick".

BOSTON MEDICAL LIBRARY JUN 22 1956

Ein besonderes Interesse bieten diejenigen Vorträge des Kongresses, die sich auf das philanthropisch-soziale Gebiet der Jugendfürsorge beziehen. Geh. Admiralitätsrat Dr. Felisch-Berlin berichtete „über die Fürsorge für die schulentlassene Jugend." Er entwickelt die Aufgaben und Mittel der Fürsorge. Die Fürsorgetätigkeit beginnt mit dem Augenblick der Schulentlassung und umfasst die folgenden 4 Jahre. Sie soll — frei von allen konfessionellen, parteilichen und beruflichen Rücksichten — alle Erscheinungen bekämpfen, die das sittliche, geistige, leibliche und wirtschaftliche Wohl der schulentlassenen Jugend gefährden. Dabei muss sorgfältig Bedacht auf die Verhältnisse der Klassen und Personen genommen werden. Das einzige System, das für diesen Zweck tauglich ist, ist das Pflegersystem, wie es durch den freiwilligen Erziehungsbeirat für schulentlassene Waisen vertreten wird. Es ist das System der werktätigen Hilfe durch eigene Arbeit. Jede

Digitized by Google

Unterstützung soll den Charakter der Zweckspende haben, d. h. die Unterstützung soll jedesmal nur zu einem besonderen Zweck gegeben werden. — Aus den Ausführungen des Geh. Medizinalrats Prof. Dr. Heubner-Berlin „über das Vorkommen der Idiotie in der Praxis des Kinderarztes" sind für die Allgemeinheit die Schlüsse wichtig, die der berühmte Kinderarzt in Bezug auf die Prognose der Idiotie auf Grund eines reichen Beobachtungsmaterials zieht. Geht bei derartigen Zuständen (Schwach- und Blödsinn) die Entwicklung zum Besseren oft auch nur langsam vor sich, so soll man sich hierdurch nicht entmutigen lassen. Durch geeignete spezialistische Behandlung in Anstalten lässt sich in etwa der Hälfte aller Fälle wesentliche Besserung des Zustandes der bedauernswerten Kinder erzielen. — San.-Rat Dr. Sonnenberger-Worms berichtet „über die geschichtliche Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Ferienkolonien und verwandten Bestrebungen." In einem historischen Rückblick besprach er die dem germanischen, durch Pfarrer Bion in Zürich gegründeten Ferienkolonien-System vorangegangenen ähnlichen Bestrebungen, erörterte sodann den hohen Wert der Ferienkolonien und verwandten Institutionen (Sol- und Seebäder, Stadt-Halbkolonien) für das Wohl unserer kränklichen, blutarmen, nervösen, skrofulösen Schuljugend (derartige Zustände kommen in vielen Schulen Deutschlands bis zu 6—7 Prozent vor) und bezeichnete die Ferienkolonien auch als wertvolle Waffe, als vorzügliches Prophylaktikum gegen die Tuberkulose im schulpflichtigen Alter, die im letzten Dezennium in Preussen in diesem Altersabschnitt im Zunehmen begriffen sei. Die beste, sorgsamste und nach jeder Richtung wirksamste Form der Ferienkolonie seien die Ferien- oder Erholungsheime, die unter Beihilfe des Staates, der Kommunen, der Landesversicherungsanstalten zu erbauen, am besten aber von privaten Vereinen zu betreiben seien. Derartige Heime müssten auch dem Mittelstand, der bis jetzt jeder Beihilfe für seine kränklichen und schwächlichen Kinder entbehre, gegen geringe Bezahlung zugute kommen.

Die Kinderpsychologie nahm einen breiten Raum in den Verhandlungen ein, und zwar neigten sich dieselben hauptsächlich der pädagogischen Seite der Frage zu. Einig war man sich über die Forderung, dass die Aufdeckung und Weiterentwicklung der Individualität die Grundlage jeder erzieherischen Einwirkung auf das Kind sein müsse. Hingegen herrschten über die Wege, die Methoden, auf denen und durch die das Ziel zu erreichen sei, tiefgehende Meinungsverschiedenheiten: während die experimentelle Psychologie auf dem Wege des streng wissenschaftlichen Versuchs zu einer für die Erziehung und den Unterricht in Haus und Schule brauchbaren Grundlage zu gelangen hofft — Hauptvertreter dieser Methode sind Professor Meumann-Königsberg, Professor Gros-Giessen u. a. —, wurde von anderer Seite betont, wie sehr die Wege der empirischen Beobachtung der Pädagogik durch die Aufdeckung einer Reihe wichtiger pädagogischer Tatsachen in Fällen schon genützt hätten, in denen die experimentelle Methode versagte. — Mit dem Kongress war eine Ausstellung verbunden, die sich

Digitized by Google

auf das ganze weitverzweigte Gebiet der Kinderforschung und Jugendfürsorge erstreckte und sehr viel Belehrendes und Anregendes darbot.

Der Kongress hat seine Aufgabe, das Verständnis für das Kind in die weitesten Kreise der Gebildeten hineinzutragen und eine Zentralstelle zu bilden für alle jene, die Bausteine herbeitragen für das stolz emporstehende Gebäude „Kinderforschung und Jugendfürsorge", in vorzüglicher Weise gelöst. Man kann nur wünschen, dass die eingangs genannten Männer, von denen die Idee zu dem Kongress ausging, die Angelegenheit weiter betreiben und dahin streben mögen, den Kongress alle 2 Jahre tagen und ihn so zu einer dauernden Einrichtung werden zu lassen.

Kinderschutz.

Von Dr. A. Kühner (Koburg).

Zu stehn in frommer Elternpflege,
O, welch' ein Segen für ein Kind.
Ihm sind gebahnt die rechten Wege,
Die andern schwer zu finden sind!
Ludwig Uhland.

Dem Kinderarzt bildet der Kinderschutz die erste und vornehmlichste Aufgabe. Bei dieser hat er sich mit der Schule und den Eltern ins Einvernehmen zu setzen. Dem Elternhaus fällt zunächst die Aufgabe der Erziehung zu. Sowie Schule, Elternhaus und Kinderarzt dem Kinderschutz im allgemeinen voranstehen, so bilden Vater, Mutter und Kind das Dreigestirn, das dem menschlichen Dasein, insbesondere dem Familienleben voranleuchtet. Wenn die Mutter das Kind verschwenderisch mit Liebe und Milde überschüttet, so ist es die Aufgabe des Vaters, diese Herzensgüte durch die Schärfe des Verstandes, durch Strenge zu verstärken, ohne dass sich bei dieser gemeinsamen Aufgabe eine Spaltung geltend macht, sondern dass überall nach einem gemeinschaftlichen Plane verfahren wird. Kinder bringen dem Mann wie der Frau die Freuden der Jugend zurück, rufen im Mann den Knaben, in der Frau das Mädchen in süsse Erinnerung und gestalten die Sorgen der Liebe zu den mildesten und freudenreichsten bei gegenseitigem Verständnis von Vater und Mutter, Eltern und Kind. Stets muss das Beispiel die Grundbedingung der Erziehung bilden. Ohne Beispiel bringt man es in der Erziehung zu nichts und das Beispiel wächst in seiner Bedeutung mit dem Alter des Kindes an erziehlicher Wirksamkeit.

Wenn indes Haus und Familie die Aufgaben der Erziehung vernachlässigen oder die Erfüllung von deren Pflichten unmöglich machen, wie dies vielfach in unserer gegenwärtigen Kulturentwicklung geschieht, welche durch Arbeitsteilung und einseitige Forderungen an die Arbeitsleistung vielfach an den Grundfesten der Familie rüttelt, andererseits durch Genusssucht deren Glieder einander entfremdet, so tritt an Vereine, Behörden oder Private die Forderung heran, dem Säugling, dem kleinen und schulpflichtigen, dem kränklichen Kinde in allen den Fällen eine wirksame Beihilfe zu bringen, in welcher das Elternhaus seiner Verpflichtung

Digitized by Google

nicht nachzukommen vermag. Was nun die Vereine zu diesem Zweck betrifft, so behauptet Direktor Schädel (Worms) im Oktoberheft 1906 des „Türmers" (Verlag von Greiner und Pfeiffer in Stuttgart) betreffend „Kinderschutz", sei es mit Vereinen nicht getan, da allzuleicht „Fragen", für die unser Interesse stets zu spontaner Betätigung wach erhalten bleiben müsse, durch schablonenhafte Festlegung seitens der Vereinstätigkeit dem allgemeinen und unmittelbaren Interesse entrückt werden: man zahlt seinen Beitrag und hat seine Schuldigkeit getan. — So werde in gar manchen Fällen die Vereinstätigkeit, die durch den Zusammenschluss getrennter Kräfte ein Segen sein sollte, zum Unsegen. Sei nicht auch der „Fall Dippold" mit einer rasch auflodernden sittlichen Entrüstung nach Befriedigung der Sensationslust ziemlich rasch erledigt gewesen, ohne dass etwas Ernsthaftes geschehen wäre? „Wenn nun solche Frevel wenigstens noch eine entsprechende Sühne fänden! Allein bekanntlich kennt unser für Eigentumsvergehen so empfindliches Recht für Körperverletzung und Schlimmeres nur ein sehr niedriges Strafmass. Ich nehme ein beliebiges — ausdrücklich beliebiges — Beispiel aus einem Zeitungsblatt, das mir vor acht Tagen ungesucht in die Hand kam. Da heisst es: Erstens: eine Rabenmutter, welche erklärte, sie würde ihr Kind schlagen, bis es „eingehe", erhält — 9 Monate Gefängnis! Zweitens: ein Vater erhält wegen fortgesetzter Misshandlung seines zwölfjährigen Sohnes — 4 Monate Gefängnis! Er appelliert (!) und erhält — 1 Jahr Gefängnis! Ein Jahr oder weniger für systematische Tortur der eigenen leiblichen Kinder — womöglich bis zum Tod! Was ist da haarsträubender, der Tod oder die Sühne? Wenn ferner diese minimale Strafe den Verbrecher noch empfindlich träfe! Aber erstlich für solche Subjekte, auf deren sittliches Niveau und dementsprechende Vertrautheit mit Verbrechen aller Art das unnatürliche Verbrechen der Kindermisshandlung schon von vorneherein schliessen lässt, ist das Gefängnis selten mehr eine Strafe, schon aus dem einfachen Grunde, weil sie Stammgäste desselben zu sein pflegen. Sodann aber pflegen sie sich für die erlittene Unbill meistens an der unschuldigen Ursache, dem Opfer, mit erneuter und verdoppelter Wut schadlos zu halten. Die Behörde muss oft mit verschränkten Armen zuschauen, wenn solch ein Kind aus dem Gerichtssaal an der Hand seines Peinigers in seine Folterkammer zurückkehrt. Keine Vorbeugung vor der Tat, keine rechte Sühne der Tat, keine Vorbeugung gegen eine Wiederholung der Tat."

Um diese Frage in Fluss zu bringen, müsste vor allem die öffentliche Meinung aufgerüttelt werden, das so erwachte Rechtsbewusstsein sodann die Presse zwingen, sich für die Sache zu interessieren. Beide Faktoren würden dann endlich die Gesetzgebung und die Behörde zum Eingreifen veranlassen. Übrigens liesse sich schon innerhalb des bestehenden gesetzlichen Rahmens durch straffere Handhabung der bestehenden Bestimmungen viel erreichen. Zunächst müssten Armenverwaltung und Polizei nicht länger eine mögliche Überschreitung ihrer Kompetenzen ängstlich zu fürchten haben. Die Überwachung und Kontrolle verdächtiger Fälle müsste frühzeitiger und energischer einzugreifen in der Lage sein. Sodann müsste das öffentliche Rechtsbewusstsein auf strengere gerichtliche Bestrafung dringen. Drittens aber müsste die Verwaltungsbehörde solche Eltern und Verwandten strenge zu überwachen, ihnen

Digitized by Google

nötigenfalls ihre Opfer zu entreissen und sie zu den Erziehungskosten empfindlich heranzuziehen ermächtigt sein. Man sieht, nur der dritte Punkt erfordert eine Revision der gesetzlichen Bestimmungen. Sch. schliesst seine beherzigenswerten Darlegungen mit den Worten: „Wer hilft Stimmung machen? Und welches ist der Lohn? Was ihr getan habt Einem dieser Geringsten, das habt ihr mir getan!"

Referate.

Über Haarausfall bei hereditärer Lues. Von Leiner. (Karolinen-Kinderspital Wien. Arch. f. Dermat. Bd. 78, Heft 2 u. 3.)

An der Hand von 3 Beobachtungen, die durch eine instruktive Abbildung ergänzt werden, weist Leiner auf die Analogie hin, die zwischen der akquirierten und hereditären Syphilis bezüglich der Alopecie besteht. Auf Grund der Beobachtungen Leiner's kann man auch bei der hereditären Lues von einem diffusen und zirkumskripten Defluvium sprechen, wobei noch besonders hervorzuheben wäre, dass bei der hereditären Lues das gleichzeitige Vorkommen beider Alopecieformen bei einem und demselben Kranken häufiger der Fall zu sein scheint, als bei der akquirierten. Beide Formen sind unabhängig von dem Aufheben syphilitischer Effloreszenzen der behaarten Kopfhaut, da der Haarausfall erst nach dem Abteilen des Exanthems — im dritten Falle Leiner's erst im 6. Monat — aufzutreten pflegt. Auch bei der hereditären Lues ist der Haarausfall, gleichviel ob diffus oder zirkumskript, durch die Hartnäckigkeit gegenüber allen Behandlungsmethoden und die lange Dauer seines Bestandes charakterisiert. Gegenüber diesen Formen der Alopecie, die im Verlaufe der ersten Lebensmonate, oft auch später auftreten, werden luetische Kinder auch bisweilen ganz kahl geboren. Diese Alopecia kongenita kommt gewöhnlich bei den schwersten Formen der hereditären Lues bei Kindern mit Pemphigus bei Frühgeborenen vor. Sie lässt sich mit Berücksichtigung der sonstigen luetischen Symptome leicht von der sogenannten Africtosis kongenita unterscheiden, welche mit Lues nichts zu tun hat und gewöhnlich in mehreren Generationen einer Familie teils in Form universeller, teils nur partieller Kahlheit vorzukommen pflegt und sich einmal als temporäre nach Monaten, oder erst nach Jahren verschwindende, seltener als perennierende Hemmungsbildung erweist.

Netter (Pforzheim).

Zur Behandlung der Tuberkulose mit Antituberkulose-Serum Marmorek. Von A. van Huellen. (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, September 1906.)

Aus einer Vorbemerkung Sonnenburgs, aus dessen Abteilung die Arbeit des Verfassers stammt, erfahren wir, was Sonnenburg zur Prüfung des Serums Marmorek in Fällen chirurgischer Tuberkulose veranlasste: eine auffallende Heilung eines Falles von Mastdarmtuberkulose, gegen die Sonnenburg und Mikulicz vergeblich mit dem Messer angekämpft hatten. Da der mit immer neuen Fisteln wiederkehrende Prozess nicht

Digitized by Google

beseitigt wurde, reiste der Kranke nach Paris und liess sich von Marmorek mittels Serum behandeln. Die Tuberkulose des Mastdarms heilte aus und blieb dauernd geheilt. — Während Hoffa, Steinsberg sich bald der rektalen Applikationsweise des Serums bedienten, wurde auf der Sonnenburgschen Abteilung das Serum noch subkutan angewendet. Die Kur begann mit einer Injektion von 1 ccm, nach drei Tagen wurde dieselbe Menge wiederholt und nun in den nächsten 3—8 Spritzen allmählich die Dosis bis auf 5 ccm gesteigert und so fortgefahren, bis in 20 Tagen 10 Spritzen verbraucht waren. Nach einer Pause von 3 Wochen wurde wie vorher in derselben Weise eine zweite Serie von Injektionen begonnen und dieser Turnus mehrere Male wiederholt. Dass akzidentelle Serumwirkungen, auch beim Serum Marmorek, wie bei jeder Seruminjektion, nicht ausbleiben würden, war zu erwarten umsomehr als es nicht um eine einmalige Applikation einer kleinen Serumdosis, sondern um lange fortgesetzte Einverleibung verhältnismässig grosser Dosen handelte. Mögen diese Nebenerscheinungen nun auf die Injektion selbst zu beziehen sein, um sich in Gestalt von Infiltrationen und Abszessen dokumentieren oder auf das Pferdeserum als solches und dann als ödematöse Schwellung in der Nähe der Injektionsstelle mit oder ohne Rötung, mit oder ohne lokalen Pruritus, als scharlachartige Exantheme sei es in der Umgebung der Injektion oder auch mehr oder weniger über den ganzen Körper verbreitet, ferner als stark juckende Urticaria mit richtigen Quaddeln, oder schliesslich als Anschwellung der regionären Lymphdrüsen auftreten — soviel scheint aus der Arbeit sich zu ergeben, dass alle diese akzidentellen Serumwirkungen häufig flüchtig und sich durch Gutartigkeit auszeichnen, individuellen Unterschieden allerdings unterworfen sind. Im Zusammenhang damit ist die Tatsache erwähnenswert, dass nach den Beobachtungen des Verfassers bei jenen Patienten, bei denen keine Nebenwirkungen auftraten, viel aber auf die beabsichtigten therapeutischen Erfolge gerechnet werden darf, während sehr häufig da, wo die geschilderten Nebenwirkungen in höherem Grade auftraten, auch der definitive Erfolg zu wünschen übrig lassen soll. Auffallend wenig sollen Kinder unter den Nebenwirkungen zu leiden haben, auch blieben sie ganz frei von den genannten Erscheinungen bis auf ein lokales Erythem. Mag auch ein Wechsel im Allgemeinbefinden nach Beginn einer Serumkur zum Teil sicher einer psychischen Beeinflussung zuzuschreiben sein, so fehlte es doch auch nicht an objektiven Zeichen einer Änderung des Allgemeinzustandes. Im Vordergrund scheint eine oft ganz respektable Steigerung des Appetits zu stehen, im Zusammenhang damit eine Besserung des Aussehens, der vegetativen Eruptionen u. s. w., Dinge, die, wie an einem Beispiel gezeigt wird, dem Kranken selbst so zum Bewusstsein kamen, dass er die Fortsetzung der Injektionen verlangt. Als eine weitere, öfter beobachtete Erscheinung führt van Huellen das Nachlassen oder völlige Verschwinden der Schmerzen an, eines der ersten Symptome nach Beginn der Kur und nun natürlich ein wertvolles Unterstützungsmittel für die ganze weitere Behandlung. Alle die genannten Änderungen im Allgemeinbefinden konnte Verf. nur konstatieren bei Patienten, die das Serum an und für sich gut vertrugen und unter Nebenerscheinungen gar nicht oder nur wenig zu leiden hatten. — Einer Behandlung unterzogen wurden tuberkulöse Fisteln und zwar Knochenfisteln, Abszessfisteln,

Digitized by Google

Weichteilfisteln, tuberkulöse Drüsen, ebensolche Gelenkerkrankungen, tuberkulöse Abszesse und eine tuberkulöse Peritonitis, im ganzen 43 Fälle. Unter den 21 Fällen von Fisteln sind solche jüngeren und älteren Datums, unter den letztern jahrelang bestehende. Die Veränderungen nach der Applikation des Serums gestalteten sich nach jahrelanger fruchtloser Behandlung derart, dass Verf. nicht ansteht den Erfolg nur dem Serum zuzuschreiben. Wo es sich um frischere Fälle bei jüngeren Individuen handelte, waren die Erfolge prompter als bei älteren Prozessen und bei älteren Patienten. Im allgemeinen geht die Meinung des Verfassers dahin, dass überhaupt die frischeren Fälle bei allen Arten von tuberkulösen Affektionen, nicht nur bei den Fisteln, für die Behandlung nach Marmorek günstiger liegen. Von den 21 Fällen wurde eine völlige Heilung in 7 Fällen erreicht, ebensoviel blieben unverändert, nur weitere 7 Fälle zeigten deutliche einwandfreie Besserung, so dass Verf. diese Kategorie als infolge der Serumbehandlung wesentlich gebessert den vollständigen Heilungen anschliesst. — Von den 4 Fällen tuberkulöser Drüsenerkrankung war bei einem der Erfolg gleich Null, bei den drei anderen war eine bedeutende Verkleinerung zu konstatieren, im ganzen genügt die Behandlungs- und Beobachtungszeit zur Gewinnung eines bestimmten Urteils nicht. — Von allen Arten tuberkulöser Erkrankungen zeigten die Arthritiden am wenigsten Neigung zur Besserung. Bei 2 Fällen, Handwurzel- resp. Kniegelenktuberkulose bestand der Erfolg darin, dass im ersten Fall die Schwellung abnahm und dass im zweiten Fall das lange vergeblich behandelte Kniegelenk fast völlig normale Konturen wieder annahm. Vielleicht, dass man bei Gelenkerkrankungen erst bei lange fortgesetzter Injektion zu einem Resultat kommen wird, wenigstens deutet der mit 34 Injektionen günstig beeinflusste Fall darauf hin, vielleicht auch dass die Resultate bei einer mit Bierscher Stauung kombinierten Serumkur verbesserungsfähig sind. Sicheres lässt sich auch vorläufig nicht bzgl. der tuberkulösen Peritonitis sagen; ein Kind wurde nach 10 Injektionen ungeheilt der Behandlung entzogen, es soll sich völlig gesund im Krankenhaus vorgestellt haben, und ein Kind mit der gleichen Krankheit ist zur Zeit der Abfassung der Arbeit in wesentlich gebessertem Zustand. — Eine Ausbreitung des tuberkulösen Prozesses oder gar eine Generalisation konnte in keinem Falle bemerkt werden. In zwei Fällen von tuberkulöser Fistelbildung kam es nach einigen Einspritzungen zu einer reichlicheren, aber bald vorübergehenden Sekretion. — Alles in allem genommen gelangt von Huellen gleich Hoffa zu der Überzeugung von der völligen Ungefährlichkeit des Serums und zu einer Ablehnung des Standpunktes von Stadelmann, der nach einigen wenigen Versuchen, die Erfolge als problematisch ansehend, von weiteren Versuchen abriet. Vielmehr wird man insbesondere frische Fälle, vorwiegend also Kinder der neuen Behandlungsmethode zuführen, um welche Form der Erkrankung es sich auch immer handeln mag Wo ein Knochensequester allerdings die Ursache der ganzen Unheilbarkeit ist, wird man auch von Serum keinen Erfolg erwarten dürfen, so wenig wie man vor ihm die Resorption grosser Eiterherde verlangen darf. Eigentliche Kontraindikationen beständen demnach nicht, nicht einmal ausnahmsweis starke. Nebenwirkungen, von denen es immer noch abzuwarten bleibt, ob sie auch bei rektaler Applikation von Serum sich einstellen. — van Huellen steht nicht an, am

Digitized by Google

Schlusse seiner Arbeit sich dahin auszusprechen, dass wir in dem Serum Marmorek ein spezifisches Mittel gegen die Tuberkulose haben und dass die Unterschiede in den Resultaten durch die Form der Erkrankung, durch ihr Alter oder durch andere, uns z. Z. noch unbekannten Umständen bedingt sind, dass es nicht blosser Zufall sein kann, wenn eine bisher lange vergeblich behandelte Krankheit von dem Moment des Beginns der Serumbehandlung ab eine völlig veränderte Heilungstendenz zeigt und in kürzester Zeit zur Ausheilung kommt. Den Abschluss des Ganzen bilden 8 Krankengeschichten prägnanter Fälle, d. h. solche, bei denen man von einer Heilung oder wesentlichen Besserung, ohne kritiklos zu sein, sprechen darf. Bis auf einen 39 Jahre alten Kranken sind es Kinder und jugendliche Personen. Netter (Pforzheim).

Der Einfluss des salzfreien Regimes auf die Gewichtsveränderungen im Laufe des Scharlach. Von H. Pater. (La Presse médic. Nr. 14, 1906).

Von 15 Kindern zwischen 4 und 13 Jahren wurden 6 während 3 Wochen einer ausschliesslichen Milchdiät, 9 zwischen dem 4. und 15. Krankheitstag einer salzfreien Regime unterworfen, das jedoch erst nach der Entfieberung eingesetzt wurde: Salzfreies Brot, Milchsuppen, Kartoffelpüree, Nudeln, Maccaroni, Reis in Butter oder in Milch, süsse Speisen, Konfitüren, als Getränk über einen halben Liter Milch. Salz gab es in keiner Speise. Bei den Kindern mit dem Milchregime trat mit der Temperatur ein Abfall des Gewichtes ein, das in der Folge stationär blieb, um sich wieder zu erhöhen, sobald das Kind Brot, Suppen, Gemüse und Fleisch bekam. Bei den 9 dem salzfreien Regime unterworfenen Kindern begleitete die Gewichtssteigerung das Regime, um in regelmässiger Weise fortzufahren. Diese Kinder wurden während der Rekonvaleszenz schnell dick. — Ein absolut salzfreies Regime ist das hier erwähnte nicht; denn es enthält in Wirklichkeit ein beträchtliches Quantum Milch; man darf daher das von Pater beobachtete Regime als ein schwachsalzhaltiges ansehen. Verf. gelangt zu nachstehenden Schlussfolgerungen: Das salzfreie Regime ist vorteilhaft bei der Ernährung von Scharlachkranken. Gern ertragen und sogar von den Kindern begehrt, erlaubt es denselben, ganz nach ihrem Appetit eine ziemliche Abwechselung in den Speisen. Das salzarme Regime ist nützlich. Die Gewichtskurve ist eine steigende, von Beginn des Regimes an, es steigt regelmässig, sowohl wenn diese Ernährungsweise schon in den ersten Tagen oder erst später eingesetzt hat. Die Krankheit wird, indem der Beginn der Rekonvaleszenz vorrückt, abgekürzt. Diese letztere folgt unmittelbar der Fieberperiode. Die Position des Kranken gegenüber den sekundären Infektionen oder Nachkrankheiten ist eine bessere. Das salzfreie Regime ist ausserdem gefahrlos. Man kann damit schon in den ersten Krankheitstagen beginnen, sobald das Fieber gefallen ist. Es wirkt ebensogut, vielleicht noch besser als die Milchdiät, prophylaktisch gegen die Nephritis und vermag eine im Beginn aufgetretene febrile Albuminurie zum Verschwinden zu bringen. — Weitere Beobachtungen müssen erst die Richtigkeit dieser Erscheinungen erweisen, bevor dieses Regime allen scharlachkranken Kindern zugute kommen soll. Netter (Pforzheim).

Digitized by Google

Experimentelle Beiträge zur Verhütung der Scharlachnephritis mit Helmitol. Aus der Abteilung für akute Infektionskrankheiten im hauptstädtischen St. Ladislaus-Spital (Oberarzt Universitätsdozent Dr. Sigmund v. Gerloczy in Budapest.) Von Armin Balazs. (Pest. med.-chirurg. Pr. Nr. 44, 1906.)

Bekanntlich ist im Verlaufe der Skarlatina die Nierenentzündung eine spätere, oft erst in der vierten Woche auftretende Komplikation, diese gefürchtete Krankheit trifft den Patienten oft unerwartet, blitzartig und verursacht eine kritische Situation. Deshalb war es immer ein Bestreben der ärztlichen Praxis, diese gefährliche Komplikation durch diätetisch-hygienische Massnahmen oder auf anderem Wege zu verhindern. Neuerdings wurde besonders die Frage häufiger aufgeworfen, ob es nicht möglich wäre, schon bei dem ersten Auftreten der skarlatinösen Symptome dahin zu wirken, dass diese Nephritis wegbleibe, oder ihr Auftreten seltener und der Verlauf milder werde? Also, ob es ein Mittel gebe, welches prophylaktisch verabreicht, auf die Scharlachnephritis günstig wirkt?

Es kann nur zwei Ursachen für diese Entzündung geben: 1. entweder das scharlacherzeugende Virus, gleichviel ob es ein Bazillus oder Kokkus sei, 2. ein durch dieses produzierter Stoff, also ein Toxin. Es müsste also entweder das Bakterium getötet oder das Toxin gebunden werden.

Bis in die neueste Zeit wollte man ausschliesslich durch Diät auf die Scharlachnephritis günstig einwirken. Es sind aber vor kurzem mehrere Mittel in Verkehr gekommen, welche durch die Nieren ausgeschieden werden, also die Nieren passieren und die Bakterien des Urins entweder töten, oder den Urin zur Vermehrung der Bakterien ungeeignet gestalten: die Formaldehydderivate.

Auf Anregung und unter Aufsicht des Herrn Doz. v. Gerloczy hat Verf. das Helmitol bei Scharlach zum Gegenstand einer Untersuchung gemacht, um zu erfahren, ob die Scharlachnephritis durch Helmitol beeinflusst werden kann. Das Helmitol (Methylenzitronensaures Hexamethylentetramin) ist ein weisser, etwas säuerlicher, pulverförmiger Stoff, welcher auch in Form von Tabletten à 0,5 g in Verkehr gelangt; Kinder nehmen es gerne in Wasser oder Tee gelöst; die Milch gerinnt davon. Nach Darreichung von Helmitol kann im Urin ebenfalls Formaldehyd nachgewiesen werden (Steinbüchel, Graz).

Nur ein Teil der Kranken (nämlich 150) nahm Helmitol, dagegen bekamen 300 keines. Dosis für kleinere Kinder 3 mal 0,25 g pro die; für grössere 3 mal 0,50 g. Der Patient nahm nach der Aufnahme sofort 3 Tage, dann am 8., 9. und 10. Tag der Erkrankung, später 15., 16., 17. und endlich am 21., 22., 23. Tag, also in vier Zyklen diese Dosis. Ein Zyklus dauerte 3 Tage, jede Pause 4 Tage lang.

Von den 150 Patienten starben 7 und zwar 2 am 3. und 4. Tag nach der Aufnahme an Symptomen der septischen Skarlatina; 2 am 13. Tag des Spitalaufenthaltes; bei dem einen trat Tonsillitis phlegmonosa et Phlegmone colli, beim andern Sepsis auf, die übrigen 3 Todesfälle traten später auf am 16., 23. und am 39. Tag nach der Aufnahme infolge vom Komplikation mit Tuberkulose.

In 80 von den 150 Fällen (53,3 Proz.) war im ganzen Verlauf des Scharlachs im Urin kein Albumen vorhanden, auch nicht in

Digitized by Google

Spuren, in 35 Fällen (36,6 Proz.) war Albumen in Spuren oder in ganz geringen Quantitäten transitorisch in den ersten oder späteren Tagen nachzuweisen, doch verschwand auch dieses geringe Quantum bis zum nächsten Tage, ohne dass Pulsdifferenzen oder andere nephritische Symptome aufgetreten wären. Es blieben also 135 Fälle (90 Proz. der sämtlichen) von Nephritis verschont; in 15 (10 Proz.) war Nierenentzündung vorhanden; von diesen wurden 2 mit Scharlach im häutenden Stadium und vorhandener Nephritis aufgenommen, diese bekamen in 2 Zyklen Helmitol; die Nephritis verlief leicht, in dem einen Falle war sogar nach 5 Tagen das Eiweiss bloss spurenweise vorzufinden. Wenn Verf. diese 2 Fälle — und wie er glaubt, mit Recht — abrechnet, bleiben 13 Nephritiden (8,7 Proz.).

Die in den 150 frischen Fällen aufgetretenen 13 Nephritiden entsprechen 8,7 Proz. Demgegenüber stehen von den 300 Fällen ohne Helmitol 53 Nephritiden, d. i. 17,6 Proz. Es traten also bei Verabreichung des Helmitols um 50 Proz. weniger Nierenerkrankungen auf, ausserdem ist aber noch zu bemerken, dass der Verlauf derselben viel milder war, da in keinem Falle Urämie auftrat oder Aderlass nötig war, während in den ohne Helmitol behandelten Fällen viel schwerere Nierenentzündungen mit langdauernden Oedemen, Kopfschmerzen, Erbrechen und Krämpfen beobachtet wurden und öfters die Venäsektion indiziert war.

Beim Vergleich dieser Zahlen (8,7 Proz. gegen 17,9 Proz.) muss Verf. der Verabreichung des Helmitols einen entschiedenen Vorteil zuerkennen, da man nicht voraussetzen kann, dass durch Zufall solche Fälle zur Beobachtung kamen, die auch sonst eine günstigere Statistik ergeben hätten. S.

Kotverhaltung bei Typhus. Von Dr. J. Milton-Miller. (Arch. of Pediatrics 1906, Bd. XIII, p. 441.)

Der Verfasser lenkt an der Hand von 2 eigenen Beobachtungen die Aufmerksamkeit auf diese wichtige Komplikation, die zwar weitaus am häufigsten nach seinen Erfahrungen dem Kindesalter eigentümlich ist, aber in den pädiatrischen Lehrbüchern keine Erwähnung findet. Milchdiät, prolongierte Fieber und Muskelschwächen sind die Ursachen der Darmatonie und ihre Komplikationen. Im ersten Fall, einem milden Typhus bei einem 12 jährigen, mit Milch und Kalkwasser ernährten Kind bestand andauernde Konstipation, die einen täglichen Einlauf nötig machte. Am 29. Krankheitstag, die Patientin sass schon 4 Tage wieder aufrecht im Bett, traten plötzlich, besonders in der Cökalgegend heftige Leibschmerzen ein. Der Leib war dabei allenthalben druckempfindlich und leicht aufgetrieben. Erbrechen kam hinzu, die Temperatur erhob sich auf 102° F., der Puls von 72 auf 140, die Respiration von 16 auf 20. Eine nahezu ununterbrochene Diarrhöe hatte sich inzwischen eingestellt. Ausgesprochene Leukozytosis. Das Rektum war voll harter Skybala. Kalomel, Magnesium zitricum und Ölklystiere vermochten trotz reichlicher Anwendung erst am nächsten Tag eine vollständige Entleerung des Darmes zu bewirken. Im zweiten Fall, einem schwereren Fall bei einem 10 jährigen Knaben, bestand ebenfalls Konstipation. Die Diät

Digitized by Google

war die gleiche wie im erstbeschriebenen Fall. Am 28. Tag war die Temperatur normal, am 36. Tag sass der Patient auf. 4 Tage später traten schnell sich steigernde Leibschmerzen ein, mit allgemeiner, auch wieder in der Cökalgegend besonders ausgesprochener Empfindlichkeit, jedoch ohne Muskelrigidität. Häufiges und heftiges Erbrechen. Temperatur 102,5° F., Puls 149, Respiration 32. Der Gesichtsausdruck wurde ängstlich, der Puls klein und weich, die Extremitäten kalt. Leukozytosis 28,000. In kurzer Zeit traten wässerige Entleerungen ein. Im Rektum fand man grosse, trockene Kotmassen. Bei den schon bekannten Massnahmen und manueller Extraktion wurde in 24 Stunden eine vollständige Entleerung bewirkt, worauf die Symptome schwanden. Nach dieser vollständigen Evakuation sanken die Leukozyten auf 8000. Die flüssigen Entleerungen als Ausdruck einer Schleimhautreizung sind das wichtigste Zeichen einer Kotverhaltung beim Typhus. Einläufe allein genügen zur Behandlung der Konstipation nicht, da sie nur die Ansammlung in den untern Abschnitten zur Entleerung bringen. Vielmehr kann man Laxativa per os nicht entbehren. Die Diät sollte nicht ausschliesslich auf Milch beschränkt bleiben. Eine Leukozytosis hat bei wirklicher oder scheinbar ernster abdominaler Erkrankung im Kindesalter keine beachtenswerte Bedeutung. Netter (Pforzheim).

Ueber Eckinokokkuszysten des kindlichen Gehirnes. Von L. Babonneix (Revue des maladies de l'enfance, Sept. 1906).

Das Alter ist von grossem Einflusse auf die Entstehung der Echinokokkenzysten des Gehirns; dieselben kommen im Kindesalter sehr häufig vor. Knaben werden davon öfter befallen als Mädchen. — Dieselben verdanken ihre Entstehung allein der Infektion mit Echinokokkuseiern.

Die Zyste stellt einen Sack dar, der aus zwei Schichten besteht, einer äusseren, der Kutikula und einer inneren, der Keimschicht. Der Sack enthält eine gewöhnlich klare, durchsichtige, zuweilen purulente Flüssigkeit.

Die Echinokokkuszysten des Gehirnes sind fast immer von bedeutendem Volumen. Meist sind dieselben in der Einzahl vorhanden, doch gehört die Multiplizität derselben nicht zu den Ausnahmen. Ihre Form ist rund oder eiförmig. — Die Zysten haben ihren Sitz entweder an den Schädelknochen oder an den Meningen oder in der Gehirnsubstanz selbst. Die Zysten ostealen Ursprunges finden sich am Schädeldache oder an der Schädelbasis. Diejenigen meningealen Ursprunges finden sich vor allem an der Dura mater. Die eigentlichen enzephalitischen Zysten kommen im Kleinhirne oder im vierten Ventrikel, öfter in den Hemisphären vor. Alle Teile der Hemisphären können davon befallen werden. Sitzt die Zyste in der Tiefe, so nimmt sie im allgemeinen den Seitenventrikel ein; sitzt sie oberflächlich, so findet sie sich fast immer an den Vorderlappen oder an den Rolandoschen Windungen.

Die Läsionen der Umgebung sind verschiedener Art. Die die Zyste umgebende Hirnsubstanz ist verdünnt, manchmal zerrissen oder selbst erweicht. Wasseransammlung ist häufig. Veränderungen der Meningen kommen nur dann vor, wenn die Zyste oberflächlich ist oder die Neigung hat sich nach aussen zu öffnen; dieselben bestehen alsdann in Ver-

Digitized by Google

dickungen und Verwachsungen. — Die Knochenveränderungen finden sich fast immer am Schädeldache; die Knochen werden dünner, erodiert und zuletzt an einer bestimmten Stelle perforiert.

Die Echinokokkuszyste des Gehirnes hat die Neigung 1. sich zu vergrössern, 2. nach aussen zu gelangen. Die Entwicklungsstufen derselben sind stets folgende: Die Zyste nähert sich der Hirnoberfläche, adhäriert an den Meningen, welche sie perforiert, um schliesslich nach Usur des Schädeldaches unter der Kopfhaut eine Hirneruption zu bilden.

Die Echinokokkuszysten des Gehirnes geben sich beim Kinde sowohl wie beim Erwachsenen durch drei Symptomengruppen zu erkennen. Die ersten sind allen Gehirnneubildungen gemein; es sind die allgemeinen Drucksymptome. Die zweiten hängen von dem Sitze der Läsion ab; es sind die Lokalisationssymptome. Die dritten endlich sind den Echinokokkuszysten eigen.

Die allgemeinen Drucksymptome bestehen in Kopfschmerz, Erbrechen, epileptischen Anfällen, Neuritis optika, Schwindel, Geistesstörungen, Veränderungen des Atmungsrhythmus und Modifikationen des Pulses.

Die Lokalisationssymptome bestehen in notorischen, sensiblen und sensoriellen Störungen. Unter den sensoriellen Störungen spielen die Sehstörungen die Hauptrolle.

Die den Echinokokkuszyten eigentümlichen Symptome teilt Autor in funktionelle Symptome und physikalische Zeichen ein. — Von den funktionellen Symptomen ist die Chorea am häufigsten. — In manchen Fällen besteht eine direkte Lähmung d. h. eine mit dem Sitze der Neubildung gleichseitige Lähmung. — Hierher gehören auch die Hautausschläge, die übrigens beim Kinde nur sehr selten vorkommen, und die Eosinophilie.

Die physikalischen Zeichen bestehen in einem geringen Klaffen der Schädelsuturen und in einer mehr oder weniger grossen Geschwulst. Letztere fluktuiert und pulsiert zuweilen; sie ist auf Druck schmerzhaft. Bei der Perkussion der Geschwulst findet man einen hellen Schall, dessen Entstehung bis jetzt nicht aufgeklärt ist.

Die Prognose ist in den allermeisten Fällen eine höchst ungünstige. Meist tritt der Tod im Koma ein; zuweilen ist dasselbe die Folge einer interkurrenten Infektion, wie der Pneumonie. — Die Dauer der Krankheit jedoch beträgt im allgemeinen mehrere Jahre.

Was die Behandlung betrifft, so spielt die Prophylaxe hierin die Hauptrolle: Man soll Kinder nicht mit Hunden spielen lassen. Die medikamentöse Behandlung besteht allein in der Linderung der Schmerzen und in der Hebung des Allgemeinbefindens. — Die einzig mögliche Heilung liegt in einem chirurgischen Eingriffe.

von la Hausse (Kirchweidach).

Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen, ihre Kinder zu stillen. Die Ursachen dieser Unfähigkeit, die Mittel zur Verhütung. Ein Vortrag von G. von Bunge. 5. durch neues statistisches Material vermehrte Auflage. 8° 40 Seiten. München 1907. Verlag von Ernst Reinhardt. Preis 80 Pf.

Nach B. ist eine der teologischen Ursachen für die quantitativen Unterschiede in der Zusammensetzung der Milchen verschiedener Tiere,

Digitized by Google

die verschiedene Wachstumsgeschwindigkeit der Säuglinge. Je rascher der Säugling wächst, desto grösser ist der Bedarf an denjenigen Nahrungsstoffen, welche vorzugsweise zum Aufbau der Gewebe dienen, an Eiweiss und Salzen. Bekanntlich wächst der menschliche Säugling langsamer als das Füllen, das Füllen langsamer als das Kalb und dieses langsamer als der Hund. Dementsprechend enthalten auch 100 Teile Milch beim Menschen 1,4 Eiweiss und 0,22 Stärke, beim Pferd 1,8 und 0,41, beim Rind 4,0 und 0,8, beim Hund 9,9 und 1,31. Die Verdoppelung des Körpergewichts erfolgt beim Neugeborenen des Menschen in 180 Tagen, beim Pferd in 60, beim Rind in 47 und beim Hund in 9 Tagen; aber auch hier die gleiche Reihenfolge. Die Unterschiede im Zucker- und Fettgehalte der Milch bei den verschiedenen Säugetieren erklärt v. B. durch die klimatischen Verhältnisse; das Fett liefert hohe Verbrennungswärme und so haben z. B. das Kamel, das Lama und andere den warmen Klimaten entstammende Tiere (Pferd, Esel) zuckerreiche aber fettarme Milche, umgekehrt das Renntier und das nicht nur im hohen Norden, sondern ausserdem im Wasser — einem sehr guten Wärmeleiter — wohnende Delphin zuckerarme und fettreiche Milch (z. B. Kamel 3,1 Fett, 5,6 Zucker. Renntier 17,1 Fett, 2,8 Zucker, Delphin 43,8 Fett, 1,5 Zucker). Ähnliche Zweckmässigkeitsprinzipien herrschen auch in dem Verhältnis der Zusammensetzung der Milchasche zum Aufbau der Gewebe des Neugeborenen u. s. w. Es ergibt sich daraus der praktische wichtige Schluss, dass man bei einem Säugling die arteigne Milch nicht ohne weiteres durch artfremde Milch ersetzen kann; dass man insbesondere Menschenkinder nicht mit Kuhmilch aufziehen kann, ohne sie Schädigungen auszusetzen. Deshalb müssen wir danach streben, dass möglichst alle Kinder von der Mutter gestillt werden.

Was ist nun der Grund, dass die Frauen ihre Kinder nicht stillen? Viele unterlassen das Stillen aus Bequemlichkeit oder weil ihnen abgeraten wird. Andere hindert wirtschaftliche Not daran, die Berufsarbeit hält sie ab. Noch andere sind physisch dazu unfähig. v. B. ist nun der Meinung, dass diese Unfähigkeit gegenwärtig im Wachsen begriffen sei; er wollte deshalb vor allem feststellen, ob die Unfähigkeit zur „ausreichenden Milchsekretion" erblich ist und ob sie mit andern Symptomen der Degeneration zusammenfällt. Als „Befähigt zum Stillen" betrachtet v. B. in seiner Statistik und seinen darauf aufgebauten Folgerungen solche Frauen, welche alle ihre Kinder 9 Monate ausreichend gestillt hatten, d. h. so, dass neben der Muttermilch keine andre Nahrung nötig war, und jene so, wo sie den grösseren Teil der Kinder 9 Monate gestillt hatte, namentlich, wenn es die letzten Kinder waren, die sie noch wenigstens 9 Monate stillen konnte, und wo sie bei dem kleineren Teil das Stillen unterlassen hatte aus äusseren Gründen oder wegen eines vorübergehenden, nicht chron. Leidens. Alle Fälle, wo das Stillen aus äusseren Gründen (Abhaltung durch Berufspflichten, Bequemlichkeit, Abraten des Arztes) unterlassen wurde, hat v. B. in die Statistik nicht aufgenommen, sodass er nur entschieden Befähigte und zweifellos nicht Befähigte vergleicht. Hiernach fand B. unter 2051 Fällen 744 Fälle von befähigten und 1307 Fälle von nicht befähigten Frauen. Bei 621 von den 744 Fällen konnte auch über die Befähigung der Mütter von der Befähigten genügende Auskunft

Digitized by Google

erhalten werden und es ergab sich, dass in 621 Fällen auch die Mutter befähigt gewesen war.

In den 1307 Fällen der Nichtbefähigten konnte über die Befähigung der Mutter in 865 Fällen genügend Auskunft erhalten werden: 381 mal war die Mutter befähigt (44 Proz.), 484 mal nicht (56 Proz.). Von 486 Fällen, in denen die Mutter zum Stillen nicht befähigt war, war in 484 Fällen auch die Tochter nicht befähigt und die Erblichkeit der Unfähigkeit ist nach v. B. hiermit erwiesen. Hinsichtlich des Zusammenhanges dieser Unfähigkeit mit gewissen Krankheiten findet v. B., dass Tuberkulose und Nervenleiden keine wichtige Rolle unter den Ursachen der vererbten Unfähigkeit spielen. Dagegen fand er, dass die Zahnkaries als erbliches Symptom der Degeneration der Unfähigkeit zur Milchsekretion parallel geht. Über den Einfluss der Syphilis auf die in Rede stehenden durch Fragebogen Auskunft erhalten zu können, war Punkt aussichtslos. Dagegen schien es der Mühe wert nach der Wirkurg des Alkoholismus zu forschen und v. B. fand, dass die chronische Alkoholvergiftung des Vaters eine Hauptursache der Stillunfähigkeit der Tochter ist. Als Wege zur Verhütung der Degeneration, insbesondere zur Verbreitung der Unfähigkeit zum Stillen schlägt v. B. zum Schluss zwei vor, 1. die Beseitigung der Ursachen und 2. die Zuchtwahl. Betr. des ersten ist es unnötig, hier auf Einzelheiten einzugehen. Hinsichtlich der zweiten Forderung lauten v. B.'s Worte: Ein gesunder Mann, der sich gesunde Nachkommenschaft wünscht, soll

1. kein Mädchen heiraten, das nicht von der eignen Mutter gestillt werden konnte,
2. kein Mädchen aus tuberkulöser Familie,
3. kein Mädchen aus psychopathisch belasteter Familie,
4. keine Tochter eines Trinkers.

Natürlich hat das Mädchen das Recht, von ihrem Verlobten das Gleiche zu fordern. Baron (Dresden).

Über die gangränöse Lymphangitis des Scrotum beim Säuglinge. Von Rousseau. Dissertation Lyon 1906. (Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie, Okt. 1906).

Bei dem Neugeborenen findet man eine besondere Form der Lymphangitis mit gangränösem Charakter. Dieselbe steht mit dem Erysipel des Scrotum in engem Zusammenhange, da sie zuweilen diesem folgt.

Diese Infektion kommt ohne Unterschied bei gesunden und schwachen Kindern vor. Allem Anscheine nach findet die Infektion nicht dort statt, wo sie zum Ausbruche kommt. Die Eingangspforte für das infektiöse Agens (wahrscheinlich handelt es sich um den Streptokokkus) scheint die Nabelwunde zu sein, wodurch diese Affektion zu dem Erysipel ätiologisch in Beziehung steht.

Klinisch erkennt man zu allererst eine Lymphangitis des Scrotum mit Ödem; dann tritt Gangrän in Form schwärzlicher oder weisslicher Plaques auf; das Allgemeinbefinden, das vor Eintritt der Gangrän ein gutes ist, verschlimmert sich rasch nach dem Auftreten derselben. Meist tritt der Tod ein.

Die Prognose ist immer sehr ernst, meist ungünstig. Die Behandlung ist vor allem prophylaktisch. Ist die Affektion einmal einge-

Digitized by Google

treten, so wendet man Bäder, antiseptische warme Überschläge, Tonika an; wo es angezeigt ist, inzidiert und kauterisiert man das gangränöse Gewebe. von la Hausse (Kirchweidach).

Über angebornen Mangel der Fibula. Von Albert Mouchet (Revue des maladies de l'enfance, Januar 1906).

Es handelt sich um ein $5^1/_2$ jähriges Mädchen, welches den vollständigsten Typus der Missbildung aufweist.

Vor allem fällt die ungeheure Verkürzung und Atrophie der ganzen rechten unteren Extremität auf. Die Verkürzung beträgt mindestens 10 cm und verteilt sich so ziemlich gleichmässig auf Ober- und Unterschenkel. Die Atrophie ist vor allem am Unterschenkel ausgeprägt (Wadenumfang rechts 17 cm, links 22 cm). — Rechts besteht ganz ausgesprochener Pes valgus: Die Ferse sieht gerade nach auswärts. Zugleich befindet sich der Fuss in leichter Pes equinus-Stellung; diese Stellung war früher ausgeprägter, wurde jedoch im März 1900 durch die Tenotomie der Achillessehne korrigiert. Der betr. Fuss ist im ganzen weniger entwickelt, doch ist dessen Skelett, wie die Radiographie nachwies, vollständig. Die 2. und 3. Zehe sind im Bereiche ihrer ersten Phalanx verwachsen. — Die Fibula fehlt vollständig. An der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel der Tibia bemerkt man eine vertikale, lineare Narbe, die von einer im März 1900 vorgenommenen Operation, Geraderichtung der Tibia durch Osteotomie, herrührt. Vorher bestand nämlich eine Krümmung der Tibia im unteren Drittel mit nach vorne und innen gerichteter Konvexität. Vor der Operation befand sich auf der Haut nach vorne vor der Krümmung eine lineare narbenförmige Depression in Form eines Nageleindruckes. Zur Zeit ist die Tibia vollständig gerade, nur ist deren Umfang geringer als der der anderen Tibia; das Gleiche ist bei dem Femur und der Rotula der Fall. — Von Interesse ist, dass das Wachstum der rechten Unterextremität nicht parallel mit dem der linken vor sich ging. Im Jahre 1900 betrug die Differenz 4 cm; 1901 7,5 cm; jetzt 10 cm.

Vorstehender Fall weist sämtliche Elemente der vollkommenen Missbildung auf. Doch unterscheidet Mouchet noch eine Varietät der Difformität, die er als unvollständige bezeichnet. Hier fehlt auch die Fibula teilweise oder ganz, denn das ist das unumgängliche Element der Missbildung. Indes fehlt entweder die Verkürzung und Atrophie des Gliedes oder die Verkrümmung der Tibia. Die prätibielle Hautdepression kann auch fehlen, besonders dann wenn die Tibia nicht verbogen ist — Die Verkrümmung der Tibia dürfte in der Hälfte der Fälle der besprochenen Missbildung vorkommen.

Immer besteht Pes equinus und meist Pes valgus, doch kommt auch Pes varus vor. — Die Missbildungen des Tarsus, des Metatarsus oder der Zehen sind am unbeständigsten. Diese Missbildungen bestehen vorzugsweise entweder in dem Mangel der letzten Metatarsalknochen allein oder mit den betreffenden Zehen, oder in der Verwachsung von Zehen oder Metatarsalknochen und waren meist an der äusseren Seite des Fusses.

Digitized by Google

Der Mangel der Fibula ist selten beiderseitig, er kommt bei Knaben und Mädchen fast gleich häufig vor; neben dieser Missbildung bestehen meist andere kongenitale Affektionen als: Naervi, Gaumenfissuren, Hasenscharten, Hypospadieen, Ektopieen der Hoden etc.

Im allgemeinen ist der Mangel der Fibula nicht schwer festzustellen; schwieriger ist es schon zu bestimmen, ob es sich um einen totalen oder partiellen Mangel handelt. Doch wird die Radiographie die Diagnose sichern.

Was die Behandlung der Missbildung betrifft, so richtet sich dieselbe nach dem Alter des Kindes. — Bei einem Säuglinge soll man nicht operieren, indessen auch nicht untätig sein. Man behelfe sich mit der Massage der Muskeln und mit Handgriffen am Fusse, durch welche man soviel als möglich die Valgusstellung zu korrigieren sucht, ohne sich jedoch von dieser Behandlung zuviel Erfolg zu versprechen. — Auf diese Weise vermag man wenigstens die Muskeln zu kräftigen und die Gelenke nachgiebig zu erhalten. — Ist die Equinusstellung sehr ausgeprägt, so zögere man nicht die Tenotomie der Achillessehne vorzunehmen.

Nach der Entwöhnung des Kindes ev. vor allem vom 2. Jahre ab ist die operative Behandlung meist angezeigt. Zwei Indikationen treten uns hier entgegen, die eine ist durch die Deformation der Tibia, die andere durch den Pes valgus gegeben.

Man beginnt mit der Behandlung der Verbiegung der Tibia, wenn eine solche existiert; diese Operation muss der des Pes valgus unbedingt vorausgehen und da dieselbe die Missbildung schon bedeutend bessert, muss man die volle Wirkung dieses Eingriffes abwarten, bevor man an die Behandlung des Fusses geht. —

Zur Korrektion der Tibia-Verkrümmung nimmt man die Tenotomie der Achillessehne und eine keilförmige Osteotomie der Tibia vor. Es wird alsdann die Extremität mit einem Gipsverbande umgeben und nach 30 Tagen massiert man regelmässig die Muskeln und lässt den Kranken einen speziellen Schuh mit erhöhter Sohle und seitlichen Metall-Stützen tragen.

Nach kürzerer oder längerer Zeit muss auch die Korrektion des Pes valgus vorgenommen werden, was am besten durch die Tibiotarsale Arthrodese geschieht. Zuweilen kann eine teilweise Resektion des Malleolus internus, wenn derselbe bedeutend vorspringt, zur Vervollständigung der Korrektion notwendig sein.

von la Hausse (Kirchweidach).

Über die amaurotische Idiotie als Familienkrankheit (Sachs-Tay'sche Krankheit.) Von P. Sarvonat. (Revue des maladies de l'enfance, Februar 1906).

Auf Grund einer Zusammenstellung von 71 Fällen gibt Sarvonat folgende Beschreibung der Krankheit:

Ätiologie: Die Krankheit befällt Kinder in den ersten Lebensmonaten. Alkoholismus und Syphilis scheinen eine spezielle Rolle zu spielen. Zwei Punkte jedoch verdienen eine besondere Beachtung: einmal gehören die Kranken alle (3 Fälle ausgenommen) der jüdischen Rasse an; ferner sind die Kranken ziemlich häufig Glieder einer und derselben

Digitized by Google

Familie. Das Geschlecht scheint dabei von keiner besonderen Bedeutung zu sein.

Symptome: Die Idiotie, die Amaurose, die motorischeu Störungen, die Kachexie stellen die essentiellen Symptome der Krankheit dar. Die Kinder kommen normal zur Welt und bleiben es einige Wochen bis zu 3, 6, ja 12 Monaten. Alsdann werden dieselben apathisch; sie zeigen für ihre Umgebung kein Interesse mehr, erkennen ihre Eltern nicht mehr. Sie können nicht mehr sitzen und den Kopf gerade halten; ihre Glieder sind ohne Kraft, sie lassen die Gegenstände fallen, die man ihnen gibt. Die Nackenmuskeln können sogar atrophisch werden. Im Bette vermögen die Kinder nicht ihre Lage zu ändern. Die Reflexe sind kaum erhöht; die elektrische Reaktion normal.

Dieser schlaffen Lähmung folgt ein Reizstadium: der Kopf ist nach hinten gebeugt, die Glieder nehmen die für doppelseitige zerebrale Lähmungen charakteristischen Stellungen ein: Rotation des Armes nach innen, Pronation des Vorderarmes, Beugung des Oberschenkels mit Adduktion der Knie, die zuletzt übereinander gelagert werden, Extension des Fusses; das Knie kann schliesslicl. in Subluxation sein.

Die Konvulsionen sind vor der Endperiode eine Ausnahme. Die oberflächlichen Reflexe sind erhalten und die Hautsensibilität ist eher gesteigert.

Die hauptsächlichsten Veränderungen zeigen sich am Auge. Die Amaurose ist eine essentielle Erscheinung der Krankheit. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergibt durchwegs auffallend gleichförmige Veränderungen. Im Bereiche der Makula, in einer Ausdehnung, welche das Doppelte der Papilla optica beträgt, bemerkt man zuerst eine Art Nebel, dann einen ovalen Flecken mit grosser, horizontaler Achse, welcher grünlich, etwas erhaben ist und dessen Konturen allmählich verschwinden; in dessen Umgebung finden sich einige Gefässe. Im Zentrum dieses Fleckens sieht man die Fossa zentralis als einen roten dunklen Punkt. — Ausserdem wird der anfangs normale Sehnerv nach einigen Monaten allmählich atrophisch. Diese Atrophie ist fast immer eine primitive. — Diese Veränderungen des Augenhintergrundes sind zur Diagnose unumgänglich notwendig.

In einer grossen Anzahl von Fällen wurde Hyperakonesis beobachtet. Das Kind reagiert auf den geringsten Lärm stärker als normal. Doch scheint das Kind dabei nicht zu hören, es dürfte sich vielmehr um eine einfache Steigerung eines Reflexes handeln.

Besteht keine Komplikation, so gehen die viszeralen Funktionen normal vor sich. — Das vollständig idiotische, durch die Kontraktionen ruhig gestellte Kind stirbt im allgemeinen an Marasmus, selten plötzlich, vor Erreichung des 2. Lebensjahres.

Diagnose: Dieselbe stützt sich immer auf den ophthalmoskopischen Befund, die Idiotie und das etwaige Auftreten bei mehreren Gliedern derselben Familie.

Pathologische Anatomie; Die Meningen wiesen nie Veränderungen auf. — Die Veränderungen finden sich hauptsächlich in der Rinde der Hirnwindungen, vor allem sind dieselben in den motorischen Zonen ausgeprägt. Diese Veränderungen sind wesentl. degenerativer Natur; die Gefässe sind gar nicht daran beteiligt. — Die Pyramidenzellen zeigen

Digitized by Google

immer die geringsten Veränderungen. Die Zellenausläufer waren immer degeneriert, oft abgebrochen. — Immer verschwinden die Nervenfasern mehr oder weniger, besonders in der Rindensubstanz. — Das Kleinhirn wies niemals Veränderungen auf. — Der Sehnerv ist atrophisch, von bindegewebigen Elementen infiltriert, sklerosiert mit Ausnahme seiner Scheiden und seiner Gefässe. — Die Chorioidea war im allgemeinen intakt. — Die Retina ist im Bereiche der Macula lutea verdickt. Einige Male schien im Bereiche der Fossa die Stäbchenschichte durch ödematöses Exsudat von der Chorioidea getrennt zu sein.

Prognose und Therapie: Die Prognose ist immer ungünstig, der Tod tritt immer gegen das 2. Lebensjahr ein. Dadurch, dass meist mehrere Kinder derselben Familie von der Krankheit befallen werden, wird die Prognose noch trauriger. — Die Therapie hat sich immer als machtlos erwiesen; dieselbe kann allein eine rein hygienische sein. von la Hausse (Kirchweidach).

Der Grössenwahn in der allgemeinen progressiven Paralyse des Kindesalters. Von L. Babonneix. (Revue des maladies de l'enfance, März 1906).

Früher war man der Ansicht, dass die allgemeine progressive Paralyse eine Krankheit der Erwachsenen sei und dem mittleren Lebensalter angehöre. Zahlreiche spätere Beobachtungen jedoch haben gezeigt, dass diese Krankheit auch im jugendlichen Alter, d. i. vor dem 20. Lebensjahre, des öfteren vorkomme.

In ihren grossen Zügen unterscheidet sich die allgemeine progressive Paralyse des jugendlichen Alters in nichts von der der Erwachsenen: es bestehen dieselbe spezifische und neuropathische Heredität, dieselben Veränderungen, dieselben Symptome, derselbe Verlauf. Geht man jedoch näher ins Detail, so findet man zwischen beiden einige fundamentale Unterschiede. Was die anatomischen Veränderungen betrifft, so gibt Moussous folgende der kindlichen Perienzephalitis angehörende Eigentümlichkeiten an: 1. die häufige Teilnahme der Dura mater an den entzündlichen Prozessen und ihre Verwachsungen mit dem Schädeldache; 2. die Verwachsungen der beiden Hemisphären untereinander; 3. eine geringe Erweiterung der Ventrikeln mit Vermehrung der Flüssigkeit; 4. endlich eine ausgesprochene Neigung der Hirnwindungen zur Atrophie an den am meisten befallenen Stellen.

Noch ausgeprägter sind die klinischen Unterschiede: Die allgemeine progressive Paralyse des jugendlichen Alters befällt vor allem Blödsinnige und Idioten; dieselbe verläuft langsamer als beim Erwachsenen; sie weist nur selten Remissionen auf; die jugendliche Perienzephalitis bewirkt einen Stillstand der physischen und damit der sexuellen Entwicklung.

Die physischen Störungen bestehen in einer zunehmenden Schwächung sämtlicher intellektuellen Fähigkeiten.

Der Grössenwahn, ohne häufig zu sein, kommt bei der jugendlichen allgemeinen progressiven Paralyse jedoch nicht so selten vor als man annahm, denn man findet ihn in ca. 14 % der Fälle. Derselbe bietet hierbei manche besondere und interessante Eigentümlichkeiten. Bald sind

Digitized by Google

die Ideen rein kindischer oder alberner Natur, bald stellen dieselben abnorm vergrösserte und verunstaltete Proben von Bildern dar, die schon zuvor im Gedächtnisse fixiert waren oder endlich, in seltenen Fällen und meist bei schon älteren Kindern, treten sie spontan auf.

Vor dem 20. Jahre findet sich der Grössenwahn, ausser bei der allgemeinen progressiven Paralyse des jugendlichen Alters, fast nur bei der Dementia praecox. von la Hausse (Kirchweidach).

Gesundheitspflege.

Über den staatlichen Kinderschutz in Ungarn, der nahezu ideal genannt werden kann, sprach in Bonn Fräulein Rosika Schwimmer. Dem Bericht der „Bonner Zeitung" über diesen Vortrag entnehmen wir folgendes: Der staatliche Kinderschutz besteht in Ungarn seit 50 Jahren. Alle früheren Bestrebungen auf diesem Gebiete durch Wohltätigkeitsvereine u. s. w. hatten sich trotz freigebiger staatlicher Unterstützung als unzureichend erwiesen. Jetzt wurde der Satz zum Gesetz, das jedes Kind, das materiell oder moralisch nicht genügend versorgt sei, ein Recht auf die Hilfe des Staates habe. Diese Hilfe wird durch staatliche Asyle vermittelt; das Land ist in 18 Bezirke eingeteilt zu je einem Asyl mit einem Chefarzt und Sekundärärzten oder -Ärztinnen. Jedes zum Asyl gebrachte Kind muss ohne weiteres aufgenommen werden; erst dann wird ermittelt, ob die staatliche Hilfe erforderlich ist. Nur kranke Kinder bleiben im Asyl, die gesunden kommen in Familienpflege. Ein Unterschied zwischen ehelichen und unehelichen Kindern wird nicht gemacht. Mütter, die stillen können, werden verpflichtet, dies zu tun. Bleiben die Kinder im Asyl, so haben auch ihre nährenden Mütter dort zu bleiben, und zwar auf Staatskosten; sie werden in der Kinderpflege unterwiesen. Kommt das Kind in Aussenpflege, so geht auch die Mutter mit. Die Pflegeeltern müssen in staatlich anerkannter Ehe leben, auch können Witwen Pflegemütter werden. Schwarzseher fürchteten eine allgemeine Demoralisation, eine Durchseuchung ehrbaren Familienlebens durch das Hereinströmen moralisch entgleister Elemente. Diese Befürchtungen haben sich jedoch nicht bewahrheitet, im Gegenteil haben sich die sittlichen Verhältnisse gehoben, da nun nicht mehr die verzweifelte ausserehelichе Mutter, wie es so oft bisher geschehen, ihr schutzloses Kind tötet oder sich selbst aus Mangel einer andern Erwerbsmöglichkeit der Prostitution in die Arme wirft. Die Pflegekinder unterstehen einer zunächst einmal wöchentlich, später seltener ausgeübten ärztlichen Kontrolle. Erweist eine Pflegefamilie sich als untauglich, so kommt sie in ein „schwarzes Buch", wird das erste Mal verwarnt, im Wiederholungsfalle jedoch von der Berechtigung ein Kind aufzunehmen, ausgeschlossen. Tut ein Kind nicht gut, so kommt es versuchsweise in eine andere, auch in eine dritte Familie, geht es auch hier nicht, so wird das Kind einer Familienkolonie überwiesen, von denen jede 10 bis 20 Kinder von 7 bis 15 Jahren vereinigt. Darüber hinaus werden „Anstalten für strengere

Digitized by Google

Erziehung" geplant. Ausser den Kinderasylen gibt es noch Kindersanatorien und -Spitäler für besondere Krankheiten. Die Kinder sind nicht uniformiert, sondern überall so gekleidet, wie es die Ortssitte verlangt. Von den mehr als 30000 Pfleglingen werden viele an Kindesstatt angenommen, zumeist ein- bis zweijährige Kinder, also aus durchaus edeln Beweggründen; denn nach der Adoption zahlt der Staat kein Pflegegeld mehr. Ein Mangel der Einrichtung liegt darin, dass der Staat nur vom 1. bis 7. Jahre für die „Staatskinder" bezahlt, vom 7. bis 15. Jahre muss die zuständige Heimatbehörde dafür aufkommen. Nun liefern aber erfahrungsgemäss die ärmsten Kommunen die meisten Pflegekinder, die ihnen dann später wieder selber zur Last fallen. Eine allgemeine Steuer soll fernerhin die armen Gemeinden entlasten. Ein weiterer Fehler des Systems liegt darin, dass die öffentliche Fürsorge nur bis zum 15. Lebensjahre reicht; sie sollte mindestens bis zum 17. Jahre ausgedehnt werden; denn um diese Zeit könnte die Berufsfrage erledigt sein. Wünschenswert wäre eine Nachahmung des ungarischen Systems in andern Ländern. S.

Rezensionen.

Über den Schwachsinn nebst seinen Beziehungen zur Psychologie der Aussage. Von Dr. med. Jul. Hampe. Mit einem Anhange: Vereinsbesprechung und zwei Gutachten. Für Ärzte, Juristen, Eltern, Lehrer. Nach einem am 29. März 1906 im Vereine für Naturwissenschaft in Braunschweig gehaltenen Vortrage. 8°. 79 S. Braunschweig 1907. Friedrich Vieweg u. Sohn. Preis 2.— M. brosch.

Die Broschüre hat den Zweck bei Ärzten, Juristen, Eltern und Lehrern Klarheit über den weitverbreiteten Schwachsinn zu schaffen. Sehr wichtig ist es, diesen frühzeitig zu entdecken, damit die schwachsinnigen Kinder nicht unnütz mit wissenschaftlichem Unterrichte gequält werden. Der Effekt des Unterrichts ist in höheren Lehranstalten doch gleich Null. Es ist für diese Individuen viel besser, wenn sie beizeiten in einer Hilfsschule, die sie für das praktische Leben vorbereitet, untergebracht und ihrer geistigen Befähigung entsprechend unterrichtet werden. Solche Individuen müssen in den meisten Fällen während ihres ganzen Lebens unter Aufsicht stehen, sie müssen zu einer mechanischen Tätigkeit, die sie meist gut ausüben können, ständig angehalten werden.

Der Schwachsinn bedeutet den Stillstand in der Entwicklung des Gehirns; er ist angeborener oder erworbener Natur. Die Ursachen, die den Stillstand in der Entwicklung der Hirnfunktionen bedingen, sind mannigfaltigster Art. Sie treffen das Gehirn sowohl im Embryonalleben, wie während und nach der Geburt.

Die Diagnose des Schwachsinns ist oft recht schwierig; es bedarf häufig erst einer Beobachtung, um den Schwachsinn als wirklich manifest zu erkennen. Deshalb ist diese Broschüre besonders auch für Richter lesenswert, weil gerade diese sehr häufig mit Schwachsinnigen zu tun

Digitized by Google

haben und ihr Urteil natürlich nach Feststellung des Schwachsinns ganz anders lautet als vorher. Hochheim (Halle).

Grundriss der Kehlkopfkrankheiten und Atlas der Laryngoskopie. Von Dr. L. Grünwald. Lehmanns medizin. Handatlanten, Band XIV. Mit 112 farbigen Abbildungen auf 47 Tafeln und 26 schwarzen Abbildungen im Text. Zweite vermehrte und umgearbeitete Auflage. Kl 8°. XIV und 213 Seiten. München 1907. J. F. Lehmanns Verlag. Preis 10 Mk.

Dieser Band der rühmlichst bekannten Lehmannschen Handatlanten will dem Anfänger in der Kunst des Sehens und Deutens behilflich sein. Auch dem Arzte, der nicht häufig Kehlkopfkrankheiten sieht, ist mit diesem Werke viel Dienliches geboten. Die Bilder sind nach äusserlichen Merkmalen geordnet, um durch Vergleich der ähnlichen ihrem Wesen jedoch verschiedenartigen Erscheinungen den Blick zu schärfen. Diese Schule der Diagnostik wird durch einen kurzen systematischen Grundriss vorbereitet. Trotz der gedrängten Kürze vermisst der Kundige im Grundrisse keinen wichtigen Punkt aus der Pathologie und Therapie der Kehlkopfkrankheiten. Das vorliegende Werk muss aufs wärmste empfohlen werden. Sokal (Lysiec).

Kompendium der ärztlichen Technik mit besonderer Berücksichtigung der Therapie. Von Spezialarzt Dr. med. F. Schilling. Zweite erweiterte und verbesserte Auflage. VIII und 513 S. Mit 454 Abbildungen. Würzburg 1906. A. Stuber's Verlag (C. Kabitsch). Preis geb. 10 Mk.

Der um die Hygiene und Diätetik des Intestinaltraktus hochverdiente Autor bietet in diesem lesenswerten Kompendium eine fast erschöpfende Beschreibung der therapeutischen Technik mit Ausschluss aller chirurgischen Operationen, die den Komfort und das Instrumentarium eines Krankenhauses verlangen. Das Buch eignet sich meines Erachtens sehr gut für die Einführung in die klinischen Semester, doch auch der in der Praxis stehende Kollege wird es mit Nutzen lesen und neben vielem Bekannten auch manches Neue darin finden. Eine grosse Zahl von Abbildungen begleitet und erläutert den klaren, verständlichen Text. Wünschenswert wäre vielleicht noch die Hinzufügung eines Kapitels „Balneotherapie", in welchem die Technik der verschiedenen Bäderformen — Moorbäder, Kohlensäurebäder etc. — abgehandelt werden könnte.

Singer (Elberfeld).

Genussmittel — Genussgifte! Betrachtungen über Kaffee und Tee auf einer Umfrage bei den Ärzten von Dr. med. W. Röttger. Mit einem Vorwort von Geh. Med.-Rat Dr. med. A. Eulenburg, Berlin. 1906. Verlag von S. Elwin Staude. 1 Mk.

Verfasser erblickt in dem Überhandnehmen des Verbrauches von Kaffee und Tee eine Gefahr für den einzelnen Menschen, um so grösser, je weniger widerstandsfähig sein Organismus sonst veranlagt ist. Die Mehrzahl der Ärzte wird mit dieser Meinung übereinstimmen und ihr Augenmerk mehr als bisher auf diesen Punkt richten.

Kühner (Koburg).

Digitized by Google

Dr. G. Becks Therapeutischer Almanach. Herausgegeben von Generaloberarzt Dr. Schill. 34. Jahrgang 1907. 1. Semesterheft. Kl. 8°. 232 Seiten. Leipzig 1907. Preis 1,50 Mk.

Becks Almanach ist mir immer ein lieber und zuverlässiger Ratgeber. Sommer (Niedermendig).

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Zur Behandlung der epidemischen Meningitis. Von França.

Mit Injektionen von 3—18 ccm einer 1proz. Lösung von Lysol in den Lumbalsack, die täglich gemacht und so lange wiederholt wurden, bis die Spinalflüssigkeit steril war, hat der portugiesische Arzt während einer Meningitisepidemie 1902 die besten Erfolge erzielt: 29,3 Proz. Mortalität gegen 63,8—66,6 Proz. bei anderer Therapie.

(Deutsche med. W. 1905, No. 30.) Netter (Pforzheim).

Die Behandlung der Diphtherie mit Quecksilberjodid. Von Iseke.

Die Verordnung war folgende: Hydrargyri bijodat. 0,03, Kalii jodat. 0,02, Syr. menth. 30,0, Aq. dest. ad 200,0, für Erwachsene 3stündlich 1 Esslöffel, für Kinder entsprechend weniger. Mit dieser Behandlung der Diphtherie will Verf. gute Erfolge gesehen haben. Die Erfolge waren bei ausschliesslicher Anwendung des Hg-Präparates sogar noch besser als bei gleichzeitiger Serumbehandlung (? Red.).

(Deutsche Ärzteztg. 1905, Heft 14.) Netter (Pforzheim.)

Mitteilungen über die guten Resultate der Implantation von Schilddrüse (Methode nach Christiani) bei einem infolge Schilddrüsenmangels zurückgebliebenen Kinde. Von Gautier und Kummer.

Nach anfänglicher rapider Besserung des Gesamtzustandes unter Verabreichung von Schilddrüsentabletten nötigen unangenehme Folgeerscheinungen zum Aussetzen der Schilddrüsenkur und zur Vornahme der Folgen. „Greffe Thyroïdienne“: Vier Schilddrüsenstücke werden in eine Wunde der linken Achselhöhle implantiert. Bald danach Zeichen beträchtlichen physischen und intellektuellen Fortschritts, auch der Gang wurde sicherer, die Sprache besser. Nach 2 Monaten Landaufenthalt kehrt das Kind mit guter Farbe der Haut und der Schleimhäute, mit lebhaftem Blick zurück. Die vorher spärlichen Haare sind reichlich gewachsen.

(Rev. med. de la Juisse rom. 1905.) Netter (Pforzheim).

Bericht über einen Fall von Sklerema neonatorum mit völliger Heilung. Von Sobel.

Fünf Wochen altes, bei der Geburt zyanotisches Kind, dessen linke regio deltoidea bald nach der Geburt blau und hart geworden war. Am

Digitized by Google

10. Tag gleiches Aussehen der Hinterbacken und am 12. Tag erschien das ganze Kind wie „ossifiziert". Dabei gute Nahrungsaufnahme. Status: In den beiden Regiones deltoid. Haut und Unterhautzellgewebe hart und bläulich; Hinterfläche beider Arme und der Paltoralis major haben das gleiche Aussehen. Geringer ist die Veränderung an den Beinen. Rücken und Abdomen sind ebenfalls befallen. Gesicht frei. Vollkommene Symmetrie der Affektion. Keine Hypothermie. Unter Öleinreibungen und täglichen warmen Bädern, Bekämpfung der Obstipation mit Einläufen und Kalomel wurde die Haut geschmeidiger, mit fortschreitender Besserung unter Quecksilbereinreibungen. Nach fünf Monaten vollständige Heilung.

(Arch. f. Pediatr. 1905.) Netter (Pforzheim).

Kleine Mitteilungen.

Die durch die letzte Frühjahrsversammlung beschlossene diesjährige gemeinsame Sitzung der Vereinigungen niederrheinisch-westfälischer und südwestdeutscher Kinderärzte soll am Sonntag den 14. April 1907 in Wiesbaden stattfinden, um den Teilnehmern zugleich den Besuch des für 15.—18. April festgesetzten Kongresses für innere Medizin zu ermöglichen.

Genaueres Programm wird später mitgeteilt und auf Wunsch Nichtmitgliedern der Vereinigungen zugesandt.

Anmeldungen von Vorträgen u. s. w. baldigst erbeten an

Dr. Lugenbühl (Wiesbaden Schützenhofstr. 9).

Unter dem Vorsitze des Herrn Geheimrat von Leyden aus Berlin findet vom 15.—18. April 1907 der 24. Kongress für Innere Medizin in Wiesbaden statt. Am ersten Sitzungtage Montag, den 15. April 1907 soll folgendes Referatthema zur Verhandlung kommen: Neuralgien und ihre Behandlung. Referent: Herr Schulze (Bonn). — Folgende Vorträge sind bereits angemeldet: Herr Huismans (Cöln); Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tay-Sachs'schen familiären amaurotischen Idiotie. — Herr v. Jaksch (Prag): Über chronische Mangantoxikosen. — Herr Treupel (Frankfurt a. M.): Der gegenwärtige Stand der Lehre der Perkussion des Herzens. — Herr Franze (Bad Nauheim): Demonstration einer durchsichtigen Zeichenebene für Orthodiagraphie. — Herr C. Hirsch (Leipzig) und Herr W. Spalteholz (Leipzig); Koronarkreislauf und Herzmuskel, anatomische und experimentelle Untersuchungen. — Herr Ed. Müller (Breslau): Das proteolytische Leukozytenferment und sein Antiferment. — Herr Ed. Müller (Breslau) und Herr Jochmann (Berlin): Demonstration einer einfachen Methode zum Nachweise proteolytischer Fermentwirkungen. — Anmeldung von Vorträgen nimmt entgegen Geh. Sanitätsrat Dr. Emil Pfeiffer, ständig. Sekretär des Kongresses für innere Medizin, Wiesbaden, Parkstrasse 13.

Verlag von Benno Konegen, Leipzig. — Druck von Julius Beltz, Hoflieferant, Langensalza.

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Sanitätsrat Dr. Sonnenberger in **Worms.**

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

XVIII. Jahrg. **April 1907.** **No. 4.** (208.)

Inhalt: Originalien: **Kühner,** Lungentuberkulose bei Kindern. 73. — **Büttner,** Fürsorgebestrebungen für geistig Minderwertige. 79. — Referate: **Hoffa,** Marmorek-Serum bei chirurgischer Tuberkulose. 83. — **Ullmann,** Erfolge mit Marmorek's Antituberkulose-Serum. 85. — **Friedmann,** Hystosan und dessen therapeutische Bedeutung. 86. — **Dopter,** Lokale Wirkung des Antidiphtherie-Serums. 87. — **Barret,** Wert der Röntgendurchleuchtung des Thorax beim Kinde. 88. — **Broca** u. **Herbinet,** Die Osteopsathyrosis. 89. — **Damaschke,** Wohnungsnot und Kinderelend. 90. — **Gutzmann,** Sprachstörungen des kindlichen Alters. 91. — **Sperk,** Erfahrungen auf der Säuglingsabteilung der Universitäts-Kinderklinik in Wien. 92. — **Léval,** Die Kinderschutzaktion in Ungarn. 92. Rezensionen: **Baginsky,** Vorträge über Säuglingspflege und Säuglingsernährung. 93. — **Toeplitz,** Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. 94. — **Michel,** Hautpflege und Kosmetik. 2. Aufl. 94. Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 95. — Kleine Mitteilungen. 96.

Nachdruck mit **genauer** Quellenangabe gestattet. — Separatabdrücke verboten.

Lungentuberkulose bei Kindern.

Von Dr. A. Kühner (Koburg).*)

Lungentuberkulose bei Kindern bietet besonderes Interesse durch die Häufigkeit und Art ihres Auftretens und die Begleiterscheinungen.

Häufigkeit.

Tuberkulose ist unter allen Krankheiten der Kindheit die häufigste und verhängnisvollste. Nach der Statistik Englands für 1903 ergeben sich für die Todesfälle der Kinder an verschiedenen Formen der Tuberkulose folgende Zahlen:

0 bis 5 Jahre	5 bis 10 Jahre	10 bis 15 Jahre	Summa
12,172	2,439	2,039	16,650

*) A Lecture on pulmonary tuberculosis in children, delivered at the medical Graduates College and Polyclinic by J. Edward Squire, physician to the Consumption hospital etc. British Medical Journal Nr. 2377, 1906.

Digitized by Google

Diese Zahlen repräsentieren indes nicht die ganze Ausdehnung, innerhalb welcher Tuberkulose die Kinder befällt, denn manche schleichen unter dem Bilde anderer Krankheiten dahin, bis sie das 15. Lebensjahr vollendet haben, und viele Kinder, die an einer anderen Krankheit sterben, also nicht unter Tuberkulose in die Rubrik der Statistik eingetragen werden, zeigen deutliche Merkmale dieser Krankheit bei der Leichenöffnung.

Der Anteil dieser letzteren Klasse ist beträchtlich, wie das Ergebnis von Autopsieen in verschiedenen Kinderhospitälern Europas und Amerikas bestätigt. Einbeziehen müssen wir noch die zahlreichen Fälle latenter Tuberkulose, die gar nicht zu unserer Kenntnis gelangen.

Was nun die Lungentuberkulose betrifft, so beziehen sich jene Zahlen auf das Vorkommen der Tuberkulose im allgemeinen. Die Tuberkulose bei Kindern hat, wo auch der Sitz der primären Infektion beginnen mag, die Tendenz, sich allgemein auszubreiten, so dass Tuberkulose der Lungen, wenngleich diese der ursprüngliche Sitz der Krankheit, meist sich verbindet mit Tuberkulose anderer Organe, nur eine Teilerscheinung allgemeiner Tuberkulose bildet. Und wenn diese ein Kind ergreift, so leiden stets die Lungen früher oder später. Wir übergehen hier das Material der Statistik. Auf Grund dieser ergreift die Tuberkulose während der ersten zwei Lebensjahre mit grosser Beständigkeit die Bronchialdrüsen und Lungen; gewöhnlich geht von ihnen der tödliche Ausgang aus, wenn nicht ebenso häufig Meningitis hierbei in Betracht kommt. Vom dritten Lebensjahr an nimmt die Tuberkulose der Knochen, Zervikaldrüsen, des Peritoneums, des Darmes an Häufigkeit zu, wenngleich auch die Lungen gewöhnlich in Mitleidenschaft gezogen werden. Bei solchen kleinen Kindern breitet sich der Prozess gewöhnlich über die Lunge aus und bleibt nicht, wie gewöhnlich bei Erwachsenen, auf einen Teil der Lunge lokalisiert.

Nach dem sechsten oder siebenten Jahr — die Periode der zweiten Zahnung — beginnen die pathologischen Prozesse denen Erwachsener zu gleichen. Die Tuberkulose im Kindesalter zeigt aber von der der Erwachsenen Verschiedenheiten in bezug auf die Eingangspforten des Bazillus, in der Art der Entwicklung der Krankheit und in den Erscheinungen, unter denen sie verläuft.

Eingangspforten der Infektion.

Die Wege, auf welchen die Infektion die Kinder befällt, verdienen eine Rücksichtnahme, da ein von einem geeigneten Verständnis dieser Eingangspforten zum grossen Teil die Massregeln zur Verhütung der Infektion abhängen. Durch eine Kenntnis des gewöhnlichen Sitzes der Initialläsionen werden wir zugleich befähigt, die Krankheit in einem frühzeitigen Stadium besser zu erkennen. Wenngleich bei manchen Kindern infektiöse Milch als eine Quelle der Infektion zu betrachten ist, kommt bei andern Kindern als allgemeine Ursache in Betracht die Inhalation von Luft, die mit Tuberkelbazillen menschlichen Ursprungs imprägniert ist. Die Eingangspforte in die Lunge ist schwer zu bestimmen. Viele Autoren betrachten die Infektion der Bronchialdrüsen als Übergangsstelle des Tuberkelbazillus zur Schleimhaut der Luftwege und nachfolgendem Eindringen in die Lungensubstanz. Dass in manchen Fällen die

Digitized by Google

Bronchialdrüsen zuerst affiziert werden und sich die Krankheit von der Drüse auf die Wurzeln der Lungen ausbreitet, unterliegt keinem Zweifel; aber es liegen Gründe vor, zu behaupten, dass der umgekehrte Weg viel häufiger begangen wird, als man nach der allgemeinen Annahme glaubt. Die Bronchialdrüsen sind freilich allgemein in Mitleidenschaft gezogen bei dem tuberkulösen Prozess in den Lungen; aber die Leichenöffnung ergibt, dass zwar in einem grossen Anteil der Fälle der tuberkulöse Prozess in den Drüsen mehr vorgeschritten ist, als in den Lungen. Aus diesem Befund folgt aber nicht, dass die Krankheit eher in den Drüsen, als in den Lungen begonnen hat, wenn er auch in der ersten weiter vorgeschritten ist. Wenn die Krankheit sich von einer tuberkulösen Bronchialdrüse auf die Lunge erstreckt, so müssen wir erwarten, Kennzeichen der Tuberkulose in der Nähe der Wurzeln der Lunge zu finden. Dies ist in vielen Fällen zutreffend.

In einer grossen Anzahl von Fällen von Lungentuberkulose bei Kindern, und namentlich bei älteren Kindern, ist der Krankheitsherd lokalisiert in der Spitze der Lunge, in weiter Entfernung von der Wurzel und liegt die Annahme näher, dass die Bronchialdrüsen infiziert werden durch den Lymphstrom von der Lunge, als dass der Prozess sich von den Drüsen nach der Lunge verbreitet. — Eine weitere Eingangsstelle bilden die Tonsillen und das adenoide Gewebe im Hintergrund der Nasenrachenhöhle. Begünstigt wird diese Invasion, wenn die Tonsillen sich im entzündeten Zustand befinden, entweder akut oder chronisch, wie dies nicht ungewöhnlich bei schwächlichen Kindern. Kariöse Zähne kommen gleichfalls in Betracht. Cook, ein amerikanischer Beobachter, fand häufig Tuberkelbazillen in der Pulpa kariöser Zähne oder in Schabseln derselben namentlich bei jugendlichen Personen. Aus diesen Befunden ergibt sich die grosse Bedeutung der Mund- und Zahnpflege bei Kindern und Erwachsenen.

Eine weitere Eingangsstelle für die Infektion bietet das Mittelohr. Wenn man bedenkt, wie häufig gerade unter der armen Bevölkerung die Entzündung des Mittelohres, so wird diese Eingangsstelle von Wichtigkeit.

Neben dieser direkten Übertragung der Tuberkulose werden die prädisponierenden Momente bei Kindern von ebenso grosser Bedeutung, als bei Erwachsenen. Kinder sind sehr geneigt zu unhygienischen Lebensgewohnheiten und der Einfluss von Menschen überhäuften Wohnungen, Unreinlichkeit und Vernachlässigung auf die Entstehung der Tuberkulose bei Kindern ist sehr hoch anzurechnen. Krankheiten, welche die Konstitution schwächen, wie Masern, Influenza, Keuchhusten, Pneumonie dürfen auch als begünstigende Momente nicht ausser acht gelassen werden. Wie gross der prädisponierende Einfluss der Übervölkerung und der sie begleitenden Übelstände auf das Vorherrschen der Lungentuberkulose bei Kindern in den ersten Lebensjahren ist, ist zu ersehen aus einer fünf Jahre umfassenden statistischen Zusammenstellung über Sterblichkeit an Phthise bei Kindern unter fünf Jahren, sich auf England und Wales über 355 Millionen Menschen erstreckend. In den Stadtbezirken betrug die Sterblichkeit 401, während auf dem Lande nur 268.

Digitized by Google

Symptome und klinisches Auftreten der Lungentuberkulose bei Kindern.

So interessant auch das Studium der Ursachen der Krankheit, so ist für den Praktiker doch deren Auftreten, Erscheinungen und Behandlung von noch weit grösserer Bedeutung. Die Tuberkulose befällt die Lungen der Kinder in verschiedener Weise und zeigt äusserlich je nach diesen verschiedenen Formen auch verschiedenartige Erscheinungen. Die einfachste Einteilung der verschiedenen klinischen Bilder ist ein kindlicher und ein Typus der Erwachsenen. Die Gruppe des kindlichen Typus kann man wiederum trennen in Miliartuberkulose und Bronchopneumonie, den Typus bei Erwachsenen in die Tuberkulose der Spitze und der Basis der Lunge.

Infantiler Typus.

Miliartuberkulose der Lunge. Diese bildet in Verbindung mit allgemeiner Tuberkulose im wesentlichen den Typus bei Kindern in den ersten Lebensjahren. Zerstreut durch beide Lungen sind dick gesprenkelte Herde von Miliartuberkulose oder das ganze Gewebe beider Lungen ist von kleinen Tuberkeln dicht durchsetzt. Innerhalb oder ausserhalb dieser grauen Granulationen können gesunde Lungenpartien liegen; andere Stellen zeigen die Erscheinungen der Bronchopneumonien. Auch die Pleura zeigt gewöhnlich Tuberkeln. Das allgemeine Aussehen der Lunge ist ähnlich dem der gewöhnlichen Bronchopneumonie, nur dass graue Granulationen in das Gewebe eingesprenkelt sind. Die physikalischen Zeichen sind diejenigen der Bronchopneumonie. Die Perkussion ergibt verminderte Resonanz und Resistenz an einzelnen Stellen oder über die ganze Brust verbreitet. Feuchtes Rasseln und Knistern hört man überall über den affizierten Partien. Das Atmen ist beschleunigt. Husten ist häufig. Manchmal entstehen heftige Hustenanfälle, wenn vergrösserte Bronchialdrüsen auf den Nervus pneumohypogastrikus drücken. Wenn Expektoration stattfindet, so ist das Sputum im allgemeinen schaumig, wie bei Bronchitis. Fieber ist beinahe immer vorhanden, Abmagerung gewöhnlich, die Schwäche ungemein gross und Gehirnsymptome nicht ungewöhnlich. Der Nachweis der Tuberkulose in anderen Organen ist häufig festzustellen und ein letaler Ausgang ist beinahe unvermeidlich. Bisweilen geben die Symptome Anlass zur Annahme von Typhus, so dass Verwechselungen nicht selten. Diese Miliartuberkulose, wenngleich nicht ungewöhnlich bei Kindern, nimmt ab an Häufigkeit mit zunehmendem Alter.

Der Typus der Bronchopneumonie oder die tuberkulöse Bronchopneumonie ist auch viel häufiger in der Jugend und nimmt mit zunehmendem Alter an Häufigkeit ab. Der Verlauf ist mehr prolongiert als bei der Miliartuberkulose. In der Regel besteht eine beträchtliche Verdichtung in den betr. Partien der Lunge, häufiger in der Spitze, als an der Basis; die Pleura ist gewöhnlich verdickt über der affizierten Stelle und bildet Adhäsionen. In der verdichteten Lunge findet eine Verkäsung statt und bilden sich Kavernen. Die physikalische Diagnostik ergibt bei der Perkussion Dämpfung; Bronchialatmen, zahlreiche Krepitationen in der ersten Zeit; je mehr die Erweichung beginnt, desto flüssiger wird der Inhalt. Die Gegenwart von Kavernen kann erkannt werden an dem

Digitized by Google

veränderten Charakter der physikalischen Kennzeichen, indes sind Kavernen weniger leicht diagnostizierbar bei Kindern, als bei Erwachsenen. Die Allgemeinerscheinungen sind weniger deutlich ausgeprägt, als bei der Miliartuberkulose, der Verlauf weniger akut. Husten kann im Anbeginn ganz fehlen, tritt aber sehr gewöhnlich ein, wenn die Erweichung beginnt, und bei der Expektoration wird der Auswurf dick und gelb oder grünlich. Wir fügen eine Kasuistik nicht bei.

Der Typus Erwachsener.

Bei Kindern über sechs Jahre zeigt die Tuberkulose der Lungen gewöhnlich einen der Phthisis Erwachsener ganz ähnlichen Verlauf. Es bedarf daher nicht einer Beschreibung dieses Verlaufes und dessen Symptome, da sie allbekannt. Einige bemerkenswerte Punkte sollen aber hervorgehoben werden, zunächst in bezug auf die Gegend, welche gewöhnlich ergriffen wird. In dieser Beziehung wird die Basis der Lunge häufiger in Mitleidenschaft gezogen, als bei Erwachsenen und wenn der Prozess sich auf die Lunge ausbreitet von einer verkästen Bronchialdrüse, so entwickeln sich die physikalisch nachweisbaren Kennzeichen zunächst an der Wurzel der Lungen, in der Mammillargegend. Doch kommt wie bei Erwachsenen ein vorherrschendes Ergreifen der Lungenspitze vor. Ein anderer Punkt von Wichtigkeit ist die Tatsache, dass die Bronchialdrüsen häufig in den Prozess einbezogen werden; deshalb kommen häufig Symptome als Folgen der Vergrösserung dieser Drüsen zum Vorschein. Diese Symptome entstehen namentlich durch den Druck auf die benachbarten Blutgefässe, Nerven oder Luftröhrenzweige. Druck auf die vena cava superior oder innominata kann Kongestionen in den oberflächlichen Venen des Gesichts, Nackens, der Brust oder Schulter bewirken, auf einer oder auf beiden Seiten. Wenn der Druck beträchtlich, so kann Zyanose und Oedem des Gesichtes entstehen. Druck auf die Trachea kann Anlass geben zu Husten und erschwertem Atmen, vorübergehend oder permanent. Manche sogen. Erstickungsanfälle bei Kindern sind nur die Folge eines Druckes vergrösserter Bronchialdrüsen auf die Luftröhre. Ähnliche Paroxysmen von Dyspnoe und Krampfhusten, gleichwie Keuchhusten, können durch Druck auf den Nervus pneumogastrikus zustande kommen.

Die Symptome wechseln sehr bei der Lungentuberkulose der Kinder. Husten kann ganz fehlen oder so schwach sein, dass er unbemerkt bleibt. Wenn gegenwärtig, so wechselt der Charakter des Hustens in verschiedenen Fällen. Manchmal finden wir einen beinahe beständig anhaltenden Hustenreiz, trocknen Husten, der den Schlaf stört und das Kind entsetzlich quält, in anderen Fällen gleichen die Paroxysmen dem Keuchhusten, oder wir finden den feuchten Husten der Bronchitis. Kinder unter 6 bis 7 Jahren verstehen selten zu expektorieren, sondern es wird der Auswurf verschluckt, so dass die Möglichkeit nicht gegeben wird zur mikroskopischen Untersuchung. Die weitere Folge des Verschluckens des Auswurfs ist sekundäre Infektion des Intestinums mit nachfolgender Diarrhöe. Sekundäre Infektion der Tonsillen kann auch das Ergebnis verschluckten Sputums sein. Infektion des Larynx ist weniger häufig bei Kindern, als bei Erwachsenen.

Hämoptyse ist nicht häufig bei Kindern.

Kurzatmigkeit bildet auch ein vorherrschendes Symptom bei

Digitized by Google

der Tuberkulose von Kindern und Erwachsenen. — Fieber ist in der grösseren Anzahl von Fällen vorhanden und bildet dasselbe ein wertvolles Hilfsmittel bei der Diagnose. In akuten Fällen ist es beinahe anhaltend und häufig hoch. In chronischen Fällen kann es mitunter fehlen.

Die Allgemeinerscheinungen wechseln sehr in verschiedenen Fällen. Fortschreitende Abmagerung und Schwäche bilden die oftmaligen Anfangssymptome der Krankheit; auf der anderen Seite gibt es Kinder, welche, trotzdem sie die physikalischen Kennzeichen der Tuberkulose an sich tragen, robust und kräftig bleiben, bei guter Hautfarbe, lebhaften und heiteren Sinns und kaum irgend welche Zeichen von gestörter Gesundheit an sich tragen.

Die physikalischen Kennzeichen auf der Brust sind ebenso wechselnd. Bei kleinen Kindern gleichen diese Zeichen so sehr der Bronchopneumonie, dass es oft unmöglich ist, zwischen beiden Krankheiten zu unterscheiden. Wenn diese Erscheinungen auf die Spitze der Lunge beschränkt sind, so spricht die Wahrscheinlichkeit für Tuberkulose. — Bei anderen Kindern sind die physikalischen Zeichen ausgeprägter. Bei ihnen findet man eine Herabsetzung der Respirationsbewegungen auf einer Spitze mit fehlender Resonanz; die Respirationsgeräusche mit der affizierten Stelle sind schwach, bronchial oder selbst cavernös, je nach dem Stadium, welches die Krankheit in dem untersuchten Teil erreicht hat. Die Exspiration ist beinahe immer verlängert und lauter als die Inspiration. In frühzeitigen Stadien werden Rasselgeräusche wenig gehört; in späteren Stadien sind sie weiter verbreitet.

Behandlung.

Das wichtigste Erfordernis ist, das Kind unter geeignete hygienische Bedingungen zu stellen. Aufenthalt in der freien Luft, gute und hinreichende Nahrung, Reinlichkeit und eine geeignete Abwechselung von Tätigkeit, Ruhe und Schlaf sind die wesentlichen Erfordernisse.

Als eine Regel ist zu betrachten, dass die Kinder viel besser nicht im Bett gehalten werden, wenn nicht das Fieber hoch und die Schwäche gross. Eine Frage von grosser Wichtigkeit bei Kindern über 6 oder 7 Jahren ist die der Erziehung. Sollen sie die Schule besuchen oder Unterricht, wenn angängig, im Hause finden? Diese Frage lässt sich entschieden dahin beantworten, dass häuslicher Unterricht vorzuziehen ist. Ohne jede Beschäftigung werden die Kinder träge und unzufrieden. Wir müssen bei allen diesen Fragen in Rücksicht ziehen, dass die Behandlung der Tuberkulose bei Kindern sowie bei Erwachsenen meist nicht ein Gegenstand von Tagen, sondern von Wochen und noch längerer Zeit. In neuester Zeit haben die Waldschulen ein besonderes Interesse angenommen.

Digitized by Google

Fürsorgebestrebungen für geistig Minderwertige.

Von Hilfslehrer Georg Büttner-Worms.

Das Hilfsschulwesen hat in den letzten Jahren einen ungeahnten Aufschwung genommen. Hat es sich doch innerhalb zehn Jahren um das drei- bis vierfache vermehrt. Waren es z. B. 1893/94 32 Städte mit 110 Klassen und 2290 Kindern, so zählte man 1903 schon 70 Städte mit 376 Klassen und 7500 Kindern. Ja, 1905 war die Zahl schon wieder erheblich gestiegen, denn es gab schon 81 Städte mit 460 Klassen und sicherlich gibt jetzt die allerneueste angestellte Statistik, welche vom Vorstande des „Verbandes der Hilfsschulen Deutschlands" durch Institutsvorsteher Wintermann-Bremen geführt und demnächst veröffentlicht wird, noch bedeutend grössere Zahlen. Mit der grösseren Ausdehnung und Entwicklung steigerte sich aber auch immer mehr die Ausstattung der Fürsorge für die Hilfsschulzöglinge, und damit auch die Fürsorge für die geistig Minderwertigen überhaupt.

Eigentlich setzt die Fürsorgetätigkeit ja schon frühzeitig, wie bei den Kindern der Normalschule auch, gleich mit dem Eintritt in die Schule oder in die Anstalt ein. Ich erinnere hier nur an die Fürsorge für zahnkranke, ohren-, nasen- und halsleidende, augenkranke Kinder etc. Was wird da nicht fast überall für spezialärztliche Behandlung, für Hebung der Schäden, Fehler und Mängel getan. Wie wird ferner für skrofulöse, blutarme, schlecht genährte, in kümmerlichen Verhältnissen lebende Kinder gesorgt durch Entsendung in Solbäder, durch Teilnahme an Ferienkolonien, durch Einrichtung von Halbkolonien, durch Verabreichung von warmem Frühstück während des Winters, durch reichliche Badegelegenheit und anderes mehr. In manchen Städten wird den Kindern der Hilfsschule während der Schulzeit Milch verabreicht; auch können sie am Mittag auf Kosten der Stadt verköstigt werden. In Leipzig z. B. werden, wie wir einem Bericht von Reinke entnehmen, die Schüler der Schwachsinnigenschule, welche einen weiten Schulweg haben, aber auch solche, deren Eltern es wünschen, über Mittag in der Schule behalten und dort gespeist. Dieses Mittagessen erhalten die unbemittelten Kinder auf Kosten der Stadt unentgeltlich, während es von den Kindern bemittelter Eltern bezahlt wird. Das Essen wird von einer städtischen Speiseanstalt geliefert. Da diese Kinder meist einer kräftigen Nahrung bedürfen, so enthält jede Portion doppelten Fleischanteil. Die von der Speiseanstalt gelieferten Portionen sind so reichlich bemessen, dass Kinder mit stärkerem Appetit zu dem ersten, reichlich gefüllten Teller noch einen zweiten erhalten können. Das Fleisch wird in der Speiseanstalt gleich klein geschnitten und unter das Gemüse gerührt, sodass die zum Teil sehr unbeholfenen Kinder nur mit dem Löffel zu hantieren brauchen. Die Aufsicht bei Tisch führen zwei Lehrer und eine Lehrerin. Den Dienst versieht ein für diesen Zweck angestellter Aufwärter, der das Essen auch von der Speiseanstalt besorgt. Über den Segen dieser Einrichtung äusserte sich der bekannte Direktor Karl Richter mit folgenden Worten: „Welche Wohltat für die Kinder! Schon hinsichtlich des Essens. Da galt es, verschiedene, die einen regelmässigen

Digitized by Google

Mittagstisch gar nicht kannten, oder deren Hauptnahrung bloss Brot oder Kartoffeln gewesen war, erst zum Essen verschiedener Gemüse, die sie teils gar nicht kannten, teils nicht essen zu können meinten, anzuhalten, anderen den rechten Gebrauch des Löffels zu lehren, wieder andere zu hastloserem Genuss der Speisen, zu anständiger Haltung, zu äusserer Ruhe bei Tische u. dgl. mehr zu gewöhnen; und wie viele der Kinder mögen wohl bis dahin an einem schön gedeckten Tisch gesessen, oder eine Serviette gekannt, oder zu einem Gebete vor und nach Tische die Hände gefaltet haben!" Nicht zu vergessen sind fernerhin die vielerorts bestehenden Knabenhorte, in denen die Zöglinge nach der Schulzeit zweckdienlich beschäftigt und so in ihren freien Stunden bewahrt werden. In überaus zuvorkommender Weise hat man auch in grösseren Städten den Hilfsschülern freie Fahrt auf der Strassenbahn ermöglicht. Durch eine Bescheinigung der Schulbehörde wird Kindern, welche einen weiten Schulweg haben, ein Freibillet verabreicht (Leipzig, Frankfurt, Mainz, Braunschweig etc.).

Von nicht zu unterschätzender Bedeutung und Wichtigkeit in fürsorglicher Beziehung bei den Schwachsinnigen ist insbesondere auch die Verbindung zwischen Elternhaus und Schule. Wenn schon bei normalen Kindern inniges Hand in Hand gehen zwischen Eltern und Lehrern zweckdienlich und erspriesslich ist, um wieviel mehr bei den Hilfsschülern, bei den geistig Schwachen. Da ist es dringend erforderlich, dass man sich gegenseitig unterstützt, sich gegenseitig Mitteilung von Beobachtungen und Erfahrungen macht, gegenseitig seine Meinungen austauscht, um so die so vielfach gefährdete Erziehung der Schwachsinnigen immer mehr zu erstarken und zu sichern. Elternabende, in denen sich Eltern und Erzieher näher gebracht werden, in denen Erziehungsfragen durch Vorträge und gegenseitige Aussprachen erörtert werden, ja, sie sind von eminentem Wert, wenn schon für das Wohl der Normalen, um wieviel mehr für das Wohl der geistig Minderwertigen. Vielerorts sind sie schon eingeführt, und vielerorts steht man der Einführung sehr sympathisch gegenüber.

Die Hauptfürsorgetätigkeit setzt jedoch erst mit der Herannahung der Schulentlassung ein. Kommen doch jetzt die Jahre, in denen die geistig Schwachen eines besonderen Haltes bedürfen. Viel mehr, intensiver und länger bedürfen sie der führenden Hand von seiten der Eltern und Erzieher. Bei ihnen dauert es länger, bis sie sittlich so gekräftigt sind, um den Stürmen des Lebens Stand halten zu können. Nicht mit Unrecht ist es darum vielfach der Wunsch der Lehrer der Schwachsinnigen, dass die Schulzeit gesetzlich verlängert, vielleicht bis auf das 16. Lebensjahr hin ausgedehnt wird. Kommen sie doch meistens erst mit 8 Jahren zu uns und nun sollen wir sie vom 8.—14. Jahre, also in einem Zeitraume von sechs Jahren fertig machen fürs Leben, während die Normalschulen acht volle Jahre dafür übrig haben. Einsichtsvolle Eltern, denen es wirklich ernst um das Wohl ihrer Kinder ist, beantragen nicht selten selbst eine Verlängerung des Schulbesuches und natürlich wird das von seiten der Schulverwaltung mit Freuden begrüsst und anstandlos genehmigt.

Ein recht wichtiger Moment kommt mit der Schulentlassung selbst, mit der Zeit der Berufswahl. Durch jahrelange Beobachtung sind

Digitized by Google

Arzt und Lehrer wohl am besten in der Lage, Entscheidung zu treffen, was für den einzelnen am zweckdienlichsten ist. Und was kann in dieser Beziehung von seiten der Eltern gesündigt, was für Fehlgriffe können gemacht werden. Manchmal nur um des frühzeitigen schnöden Gelderwerbs willen drängen sie ihre Kinder in diesen oder jenen Beruf, und schliesslich müssen sie über kurz oder lang die bittere Erfahrung machen, dass ihre Kinder in körperlicher und sittlicher Hinsicht Schiffbruch gelitten haben und verloren gegangen sind. Vor allen Dingen dürfen geistig schwache Kinder nicht in solche Berufe gebracht werden, die viel Überlegung, selbständiges Handeln, produktives Verhalten verlangen. Nein, Kielhorn sagt darüber richtig, wenn er schreibt: „Zu wählen sind nur solche Erwerbszweige, welche den Kopf nicht zu sehr in Anspruch nehmen; sodann sind diese Zöglinge (die Schwachbefähigten und die Schwachsinnigen) bis zur völligen Sicherheit zu üben in dem, was sie lernen sollen. Wenn das geschieht, so haben sie auch Lust zur Arbeit; stellt man sie dagegen vor Aufgaben, die ihnen neu oder zu schwer sind, so ist Mut und Lust gar bald verflogen." Ja, ein verfehlter Beruf zerstört das innere und das äussere Glück eines Menschen; er bedeutet fast ein verfehltes Leben. Wie gesagt, „in der Regel wird nicht die erforderliche Sorgfalt seitens der Erziehungspflichtigen angewandt, wenn es gilt, die jungen schulentlassenen Menschen einem passenden Berufe zuzuführen. Meist entscheiden Herkommen, zufällige Gelegenheiten oder durch äussere Annehmlichkeiten erweckte Neigungen. Aber was bei der Berufswahl stets vorausgehen sollte, die Prüfung des körperlichen Zustandes und die Beurteilung seiner Tauglichkeit für die einzelnen Berufsarten, das findet nur in den seltensten Fällen statt." Und doch ist es so eminent wichtig. In No. 1 vom vorigen Jahrgang der „Gesundheitswarte der Schule" schrieb darüber ausführlich der bekannte Schulhygieniker Hans Suck; an der Spitze des grossen Lehrstellennachweises für schulentlassene Waisen zu Berlin stehend, spricht er aus seinem reichen Schatz der Erfahrung. Unter anderem sagt er: „Es wird z. B. verlangt, einen schwächlichen Knaben im Gärtnerberuf unterzubringen, weil allgemein der Glaube verbreitet ist, diese Arbeit sei für schwächliche Personen am besten geeignet, weil sie mit Bewegung in frischer Luft verbunden sei. Aber in Wirklichkeit gehört gerade dieser Beruf zu den empfindlichsten und schwersten. Verlangt er doch starke Naturen, die das frühe Aufstehen, den plötzlichen Temperaturwechsel in Gewächshäusern, das anstrengende Arbeiten in gebückter Stellung und den Transport schwerer Lasten bewältigen können. Sicherlich ist die Folge, dass der schwächliche Junge alsbald Schaden leidet und zu einem anderen Berufe greifen muss. Oder da sind bleichsüchtige, skrofulöse Mädchen, es wird gefordert, dass sie Schneiderinnen werden sollen. Und unzweifelhaft steht doch fest, dass gerade diese Beschäftigung ihr Leiden verschlimmert. Personen mit schmalem und flachem Brustkorb oder gar solche, die schon an chronischen Erkrankungen der Atmungswerkzeuge gelitten haben, dürfen absolut keinem Berufe zugeführt werden, dessen Betrieb mit starker Staubentwicklung verbunden ist. Ebenso müssen Fälle mit krankhaften Zuständen des Herzens und Fälle mit Unterleibsbrüchen ernstlich berücksichtigt werden. Können doch ungeeignete Berufe die schlimmsten Folgen auslösen. Berufe, die angestrengt schwere Arbeiten oder Tragen von schweren

Digitized by Google

Lasten erfordern, sind auszuschliessen. Herzkranke Mädchen dürfen aus denselben Gründen nicht mit Maschinennähen beschäftigt werden. Nicht zu unterschätzen sind ferner die verschiedenen Arten der Augen- und Ohrenerkrankungen. Kurzum, hier ist ein dankbares Gebiet, ein reiches Arbeitsfeld für Lehrer und Ärzte, wie für alle, die es mit dem Unterricht und der Erziehung geistig Zurückgebliebener zu tun haben."

Wird die Berufswahl von richtigen Gesichtspunkten geleitet, dann lässt sich unzweifelhaft ein grosser Teil der geistig Schwachen erwerbsfähig machen, dann lassen sich viele von ihnen zu nützlichen Gliedern der menschlichen Gesellschaft heranbilden zum Segen der Familie, der Gemeinde und des Staates; nur dann lassen sich günstige Statistiken darüber erzielen. Die bis jetzt erschienenen sind recht erfreulicher Art. Sie reden eine deutliche Sprache. So sagt z. B. eine solche vom Jahre 1898 (Wintermann), dass 72% der die Hilfsschulen besuchenden Kinder in Deutschland völlig erwerbsfähig geworden sind, 19% teilweise erwerbsfähig wurden und nur 9% erwerbsunfähig blieben. Die neueste Statistik (III. Verbandstag) weist noch günstigere Resultate auf. Sie gibt die Zahl der Erwerbsfähigen auf 83% an. Sicherlich wird die eben im Gange befindliche, auf Veranlassung des Vorstandes des Verbandes der Hilfsschulen Deutschlands eingeleitete Statistik ähnliche Zahlen ergeben. Und wie stand es vielfach früher mit derartigen Kindern? Mussten sie nicht selten ihre Schulzeit gleichsam zwecklos „absitzen", um später der Familie, der Gemeinde und dem Staate zur Last zu fallen?

Ein weiteres Kapitel von eminenter Bedeutung in der Fürsorgetätigkeit für Schwachsinnige ist die Zahlung von Prämien an solche Handwerksmeister, welche Schwachsinnige in ihrem Handwerk ausgebildet haben. Ja, das wäre ein bedeutender Schritt vorwärts, ein Stück Arbeit von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Wo immer auch nur Fürsorgevereine für geistig Zurückgebliebene gegründet werden, nehmen sie diesen Punkt in ihr Programm auf und suchen ihn weiter auszubauen. Ausführlich wurde über diese Ideen berichtet auf dem letzten Hilfsschulverbandstag in Bremen, und zwar war es Schenk-Breslau, der darüber referierte. Wir entnehmen den Verhandlungen darüber folgendes: „Dieser Zweig der fürsorgenden Tätigkeit für unsere schwachbefähigten Kinder besteht bereits 40 Jahre. Den Anfang hat das Ministerium des Innern des Königreiches Sachsen gemacht. In gütiger Weise hat die genannte hohe Staatsbehörde mir No. 126 aus dem Gesetz- und Verordnungsblatt für das Königreich Sachsen vom Jahre 1865 zugesandt. Der betreffende Abschnitt der behördlichen Verordnung lautet wörtlich: „Für die Ausbildung einer taubstummen, blinden, oder sofern der Fall vom Ministerium des Innern für geeignet erachtet wird, einer schwachsinnigen Person zu einem nützlichen Gewerbe sollen auch fernerhin Prämien im Betrage von 50 Talern gewährt werden, deren Auszahlung nach beendigter Lehre auf deshalb an das Ministerium des Innern zu richtende Gesuche erfolgen soll." Aus der in liebenswürdigster Weise den gesetzlichen Bestimmungen angeschlossenen Übersicht war zu erkennen, dass in den letzten 10 Jahren 6 Prämien für die Ausbildung schwachsinniger Kinder gezahlt worden sind. Für taubstumme Kinder wurden in gleicher Zeit 104 Prämien gezahlt.

Die „Schweizerische gemeinnützige Gesellschaft" hat zu Ehren des

Digitized by Google

verdienstvollen Hilfsschullehrers Fisler in Zürich den Albert Fisler-Fonds gestiftet. In diesem ist bestimmt, dass „Lehrmeistern, Fabrikaufsehern u. s. w., denen es gelungen ist, einen schwachsinnigen Lehrling nach seinem Austritt aus einer Anstalt oder einer Spezialklasse zu einer dauernden Arbeit, mit der er seinen Lebensunterhalt verdienen kann, auszubilden, Prämien zu verabfolgen sind, als Auszeichnung für bewiesenes Geschick und bewiesene Geduld." Je nach dem Berufe und der Dauer der Lehrzeit sollen dieselben 50 bis 150 Mark betragen.

Prämienzahlungen leistet auch der Frankfurter Fürsorgeverein, der ein Ausschuss der „Zentrale für private Fürsorge" ist. Der mir vorliegende Druckbericht der Zentrale erkennt mit Dank an, dass die Rothschildsche Stiftung jährlich 2000 Mark für die Abteilung „Kinderfürsorge" der Zentrale überwiesen hat. Dem vorhin genannten Ausschuss wurde die Hälfte des erwähnten Betrages überlassen. Durch weitere Beiträge ist die Summe noch erhöht worden. Einen Teil hiervon bestimmte der Ausschuss zu Prämien an Lehrherren oder Dienstherrschaften, um den Eifer bei der oft sehr mühevollen Ausbildung der Kinder anzuregen.

Ich hoffe, dass in den Prämien ein Anreiz liegen wird, eine Anzahl hilfsbereiter Meister für unsere Schüler heranzuziehen. Deshalb ist ihre allgemeine Einführung zu empfehlen. Die Prämien sollen nicht ein Ersatz für zu zahlendes Lehrgeld sein. Während das Lehrgeld vor Beginn der Lehrzeit vereinbart wird, sollen die Prämien nach Beendigung derselben nur würdigen Meistern zuerkannt werden. Die Entscheidung oder Begutachtung müsste dem Fürsorgeverein des Ortes in Verbindung mit dem zuständigen Innungsvorstande übertragen werden. Die Prämienverteilung wird in Lokalblättern bekanntgegeben, so dass der Meister neben einer materiellen auch eine öffentliche Anerkennung erhält. Eine wichtige Frage, die noch zu beantworten wäre, ist die: Wo sollen die erforderlichen Geldbeträge hierfür hergenommen werden? Nach den drei genannten Beispielen gaben ein Staat, ein allgemeiner Wohlfahrts- und ein Fürsorgeverein die notwendigen Summen her. Die Sache der Wohltätigkeits- und Fürsorgevereine ist zu schwankend, um hier grössere bestimmte Verbindlichkeiten eingehen zu können. Aus diesem Grunde wäre es das beste, die sämtlichen deutschen Staaten folgten dem anerkennenswerten Beispiele Sachsens und übernähmen selbst die Prämienzahlung. Der Staat hat doch das grösste Interesse daran, dass seine Bewohner sachgemäss ausgebildet werden. Für ihn würden die erforderlichen Summen nicht allzuschwer in die Wagschale fallen." Ja, die Gewährung und Bereitstellung derartiger Prämien ist nicht hoch genug anzuschlagen. Möchten doch recht bald viele Staaten, Städte und Vereine dem Beispiel der drei vorhin genannten Institutionen folgen und so mithelfen zum weiteren Ausbau der Schwachsinnigenfürsorge. (Schluss folgt.)

Referate.

Über das Marmorek-Serum in der Therapie der chirurgischen Tuberkulose. Von A. Hoffa. (Berliner klin. Wochenschr. 1906, No. 44).

Hoffa bestätigt zunächst das allgemeine Urteil, dass das Serum Marmorek niemals einen irgendwie nachteiligen Einfluss auf das Befinden

Digitized by Google

der Kranken ausgeübt hat. Mit der Einführung der rektalen Methode hörten die bei der subkutanen Applikation in Gestalt von Urtikaria, lokalen Ödemen etc. auftretenden Serumreaktionen gänzlich auf; das Serum wurde mit Leichtigkeit behalten und resorbiert, ganz gleich, ob es jungen Kindern oder Erwachsenen gereicht wurde. Es wurde im ganzen bei 40 Kranken teils in der Klinik, teils in der Poliklinik und später vielfach in der Kinderheilstätte in Hohenlychen angewendet, in subkutaner Applikation zunächst bei 11 Fällen. Auf die spezifische Einwirkung des Serums auf den tuberkulösen Prozess führt Hoffa 2 Heilungen, eine sehr wesentliche Besserung und in der Mehrzahl der übrigen 8 Fälle eine schnelle Besserung des Allgemeinbefindens, des Appetits und der Abkürzung des Heilungsprozesses zurück. Tiefe Abszesswunden oder lange bestehende Fisteln schlossen sich während der Serumkur um vieles schneller als nach dem früheren Verlauf desselben Falles zu erwarten war, ja brechen zuweilen auf, wenn die Injektionen aus irgendwelchen Gründen vorzeitig ausgesetzt wurden. In den beiden zur Heilung gekommenen Fällen handelte es sich um Kinder von 5 und $3^1/_2$ Jahren mit lange bestehender (seit dem 13. Lebensmonat) Wirbelerkrankung mit Gibbusbildung und spastischer Parese der Beine, resp. seit 2 Jahren bestehender Erkrankung des linken Fussgelenks. Im ersten Falle hatte sich $2^1/_2$ Monate nach Beginn der Behandlung an der Stelle einer von einem wiederholt punktierten Senkungsabszess herrührenden Fistel eine trichterförmige narbige Einziehung gebildet, die Schmerzhaftigkeit an den Wirbeln schwand und das Kind begann zu gehen und hatte sich nach weiteren 7 Monaten bei dauerndem Wohlbefinden gut entwickelt. In dem anderen Fall war nach der 4. Seruminjektion am 7. Tage der Behandlung die Schwellung des Fusses und die Sezernierung aus der Fistel wesentlich geringer; nach 10 Injektionen am 40. Tage der Behandlung war die Fistel ganz geschlossen, 2 Monate nach Beginn der Behandlung war die Schwellung des Fussgelenkes ganz geschwunden und die Bewegungen waren völlig freie. In einem dritten Falle, der einen 10jährigen Knaben mit Jahre schon bestehender Handgelenktuberkulose betraf, war die erreichte Besserung derart, dass sie einer schnellen Heilung sehr nahekommt. 11 poliklinisch behandelte Patienten, über welche eine tabellarische Übersicht gegeben wird, erhielten das Serum per rektum, täglich, im Anfang je 5 ccm, später 10 ccm 3—4 Wochen hindurch; nach 5—8tägiger Unterbrechung eventl. eine zweite gleiche Serie von Injektionen. Diese 11 Fälle, die alle schon lange bestehende Knochen- und Gelenktuberkulose darstellen, lassen sich dahin resümieren, dass man zwei Heilungen, drei wesentliche Besserungen, vier günstig veränderte und zwei nicht beeinflusste Fälle aufführen kann. Im Falle 1, der auf subkutanem und rektalem Wege behandelt wurde, ist besonders bemerkenswert, dass eine seit 2 Jahren bestehende Fistel bei Fussgelenktuberkulose sich nach der dritten subkutanen Seruminjektion schloss, bei Aussetzen der Behandlung wieder aufbrach und während der rektalen Behandlung dauernd zur Heilung kam. Die vorherrschende Methode wird nach der Überzeugung Hoffas in Zukunft die rektale Methode sein. Die rektalen Fälle ergaben in 18 Proz. Heilungen, in 27 Proz. wesentliche Besserungen und in 36 Proz. günstige Einwirkungen; 18 Proz. blieben ohne Beeinflussung durch das Marmorek-Serum. Das Schlussurteil Hoffas geht dahin, dass dem Serum Marmorek

Digitized by Google

in einer Reihe von Fällen eine spezifisch zu nennende heilende Wirkung auf den Verlauf des Tuberkuloseprozesses innewohnt, und dass ganz besonders in Anbetracht der völligen Unschädlichkeit und der sehr einfachen und leichten Technik der Anwendung dem Serum Marmorek der ihm gebührende Platz im Kampfe gegen die Tuberkulose nicht länger vorenthalten werden kann. An diesem Urteil macht Hoffa auch der Umstand nicht irre, dass in einer Minderzahl an Fällen ein Erfolg nicht zutage getreten ist, die allerdings recht schwer durch ausgedehnte Amyloidentartung fast aussichtslos waren. Darüber sind weitere Aufschlüsse nötig.

Netter (Pforzheim).

Über meine Erfolge mit Dr. Marmorek's Antituberkulose-Serum. Von E. Ullmann. (Wiener klinische Wochenschrift 1906, Nr. 22).

Der Artikel ist eine enthusiastische Empfehlung des Marmorek'schen Serums, in dem Verfasser ein spezifisches Heilmittel erblickt, das von allen Ärzten in den ersten Stadien angewendet, grosse Erfolge aufweisen wird. Die Anwendung des Marmorek'schen Serums erfolgte in 7 Fällen von Knochen-, Gelenk- und Drüsentuberkulose bei jugendlichen Personen (4, 17, 10, 8, 13, 12, 22 Jahren) und in einem Falle von frischer Lungentuberkulose bei einem 37 Jahre alten Fabrikarbeiter. Namentlich der Erfolg in diesem einen letztern Fall ist es, der Ullmann den Schluss ziehen lässt, dass das Serum als ein ausserordentlich wertvolles, alle anderen, gegen die Tuberkulose jetzt angewandten Mittel übertreffendes anerkannt ist, vorausgesetzt, dass es in möglichst frischen Fällen zur Anwendung gelangt. Die Fälle externer Tuberkulose wurden durchweg im Spitale behandelt, der Fall von akuter, frisch einsetzender Lungentuberkulose in der Behausung des Kranken, unter den denkbar ungünstigsten Wohnungs- und Ernährungsverhältnissen. Am 8. Februar 1906 bei einem Körpergewicht von 64¼ kg und einer Temperatur von 38,6 begann die Serumbehandlung unter Hinweglassung jeder anderen Medikation. Trotz der ungünstigsten Verhältnisse schwanden Fieber, Nachtschweiss und Auswurf. Vom dritten Klysma an kein Fieber, Temperatur zwischen 37,0 und 37,5 schwankend, beim 15. Klysma war kein Auswurf mehr vorhanden, so dass in der Folgezeit das Sputum, das bei Beginn der Behandlung 25 Bazillen in jedem Gesichtsfelde enthielt, nicht mehr mikroskopisch untersucht werden konnte. Zunahme des Appetits zwar langsam, aber stetig: am 1. März 65 kg, am 17. März 66 kg und trotz Aufhörens der Behandlung am 17. März am 7. April 68 kg, an welchem Tage wegen Fortbestehens des Bronchialatmens rechts unten ein neuer Zyklus von Klysmen begann. Auch bei den Knochen-, Gelenk- und Drüsentuberkulosen der jugendlichen Personen erfolgte die Anwendung stets rektal. Diese Applikationsweise kann täglich, ohne jede weitere Vorbereitung, ohne zeitraubende, Asepsis heischende Manipulationen, wie ambulatorischer Behandlung u. s. w. vorgenommen werden, selbst bei den kleinsten Kindern traten keine Störungen auf, nur in einem Falle bekam eine Kranke ungefähr eine Viertelstunde nach der rektalen Applikation einen ziemlich heftigen, eine halbe, bis zu einer ganzen Stunde dauernden Kolikanfall, der sich nach der achten Injektion verlor und nicht mehr wiederkehrte, auch nicht von einem Durchfall be-

Digitized by Google

gleitet war und auf das allgemeine Befinden ganz ohne Einfluss blieb. Bis zu 30 Klysmen wurden gegeben. Neben dem Serum Marmorek wurden bei den chirurgischen Tuberkulosefällen von Ullmann Guajakol-Jodoforminjektionen gemacht, eine Behandlung, der U. schon früher schöne Erfolge verdankte, die aber manche Unzuträglichkeiten hatte. In der Kombination der Guajakol-Jodoforminjektionen und Serumklysmen erblickt Ullmann das jeder anderen Therapie überlegene Heilverfahren bei Knochen- und Drüsentuberkulose. In dem 5. Fall, der Krankengeschichte nach ein Demonstrationsobjekt für alle Skrofuloseformen, sah U. einen besonders günstigen Effekt auf den schweren Pannus. — Über die Dosierung des Serums enhält die Arbeit keine genaueren Angaben. — Es bleibt abzuwarten. ob und inwieweit die hier mitgeteilten Erfolge von anderer Seite Bestätigung finden. Netter (Pforzheim).

Über Histosan und dessen therapeutische Bedeutung. Aus der I. medizinischen Abteilung der Wiener allgem. Poliklinik (Vorstand Prof. v. Stoffella d'alla Rupe). Von Josef Friedmann. (Medizin. Klin. No. 39 1906).

Wenn im allgemeinen früher für die Behandlung der Tuberkulose eine rein physikalische Therapie verlangt wurde, so hat doch eine grosse Anzahl Autoren darauf hingewiesen, dass die Therapie der Tuberkulose zwar vor allem die Verbesserung der hygienischen Verhältnisse anstreben soll, wie dies in wirksamster Weise die Heilstättentherapie zum Ausdruck bringt, dass es aber ein beklagenswerter Fehler wäre, in einseitiger Weise auf die medikamentöse Therapie zu verzichten.

Sind wir nun auch weit davon entfernt, an eine Behandlung mit einem spezifischen Mittel zu denken, so besitzen wir doch in den verschiedenen Kreosotpräparaten Mittel, die bei der symptomatischen Behandlung gute Dienste leisten.

Schon Reichenbach hat im Jahre 1830 Kreosot zur Behandlung der Tuberkulose empfohlen, doch hafteten demselben zahlreiche Mängel und Nachteile an, wie sein ätzender, schlechter und widerlicher Geschmack und sein penetranter Geruch. Dazu kommt noch, dass Kreosot ein komplizierter Körper ist und keine bestimmte Zusammensetzung hat; es stellt infolgedessen ein wenig verlässliches Mittel dar. Dies erklärt das Bestreben nach einem brauchbaren Ersatzmittel des Kreosots. Man wandte sich den Guajakolpräparaten zu, die die wertvolle Wirkung des Kreosots ohne dessen üble Nebenwirkung besitzen. Diese Guajakolpräparate sind in grosser Anzahl auf den Markt gebracht worden, aber nur wenige haben sich bei den Versuchen bewährt und sind in die ärztliche Praxis aufgenommen worden, und selbst diese wenigen haben sich häufig als unvollkommen und unbrauchbar erwiesen, da Kreosot nur wirkt, wenn grössere Dosen und durch längere Zeit vertragen werden, diese aber den Kranken zuwider wurden oder von Anfang bereits eine unüberwindliche Abneigung hervorriefen.

Unter den in letzter Zeit in den Handel gebrachten Guajakolpräparaten ist das Histosan zu nennen, das Verf. in einer grösseren Reihe von poliklinischen Fällen erprobte.

Histosan ist ein Triguajakolalbuminat; es wird dargestellt aus kristallisiertem Guajakol und Hühnereiweiss und bildet ein braunes Pulver von

Digitized by Google

schwach aromatischem Geruch und Geschmack. Es ist in Wasser leicht löslich, was seine Verabreichung in Lösungen und die Verwendung von Geschmackskorrigentien erleichtert.

Am besten wird Histosan verabreicht als Pulver 3—4 mal täglich 0,5 oder als Syrup 3—4 mal täglich 1 Kaffeelöffel, Kindern in halb so grossen Dosen.

Verf. möchte das Mittel im allgemeinen auch dort, wo beginnende Abmagerung, allgemeine Blässe, geringer Appetit, Zeichen von Disposition zur Erkrankung an Tuberkulose vorhanden sind, zu verordnen empfehlen, wenn auch in kleineren Dosen.

Man darf sich ebensowenig bezüglich des Histosan, wie bezüglich anderer einschlägiger Mittel der Hoffnung hingeben, Lungenkranke zu heilen, bei denen ein grosser Teil der Lunge zerstört ist oder deren Kräfte so weit aufgebraucht sind, dass eine Rettung nicht mehr möglich ist.

Auch bei den mit Histosan behandelten Fällen von chronischen Bronchitiden mit starkem Hustenreiz und reichlichem Auswurf wurde der Husten gemildert, und ohne dass Narkotika benötigt wurden, gelang es, die quälenden Hustenanfälle anfangs seltener und weniger anstrengend zu machen, bis sie später ganz aufhörten.

Auf Grund der allgemein übereinstimmenden Angaben der Patienten, durch das Histosan auch eine Steigerung des Appetits erzielt zu haben, sah F. sich veranlasst, das Präparat auch in einigen Fällen von Anämie zu versuchen und war mit dem Erfolge der Medikation zufrieden.

Bei sämtlichen Patienten, zumeist chlorotischen Mädchen oder Rekonvaleszenten, konnte man sehr bald subjektiv und objektiv Besserung des Allgemeinbefindens, Zunahme des Körpergewichts, Schwinden der durch die Anämie bedingten Erscheinungen, wie Kopfschmerz, Herzklopfen, bemerken.

Verf. fasst seine Erfahrungen über das Histosan dahin zusammen, dass es die Patienten, auch Kinder, durch Wochen und Monate gerne und ohne Widerwillen nahmen. Ungünstige oder nachteilige Wirkung auf Ernährung und Verdauung konnten in keinem Falle konstatiert werden; das Mittel hatte auf den Appetit einen vorzüglichen Einfluss und neben der günstigen Beeinflussung der Erkrankung der Lunge auch das Allgemeinbefinden in fast allen Fällen bedeutend gebessert. S.

Lokale Wirkung des Antidiphtherie-Serums. Von Dopter. (Soc. méd. des hôp. 1906).

Martin hat getrocknetes Diphtherie-Serum in Form von Pastillen angewendet und damit die Dauer der Anwesenheit des Löffler'schen Bazillus in dem Hals der Rekonvaleszenten abgekürzt. Dopter liess seine Kranken 12 Pastillen pro die nehmen: er konnte sich durch systematische Kulturversuche von der schnellen Abnahme und dem gänzlichen Verschwinden des Löfflerbazillus in kurzer Zeit überzeugen. In längstens 5 Tagen sah D. den Löffler'schen Bazillus verschwinden, eine längere Frist soll eine Ausnahme sein. Rezidive sollen selten sein. Mundspülungen sind zu vermeiden. Die Pastillen sind regelmässig stündlich zu nehmen. Auch in der Nase hat D. das Serum in Pulverform angewendet, eine Prise stündlich. Die Wirkung soll jedoch eine langsamere sein.

Netter (Pforzheim).

Digitized by Google

Über den Wert der Röntgendurchleuchtung des Thorax beim Kinde. Von Barret (Rev. mens. des malad. de l'enf. April 1906).

Von noch grösserer Wichtigkeit als beim Erwachsenen ist die Röntgendurchleuchtung des Thorax beim Kinde, da bei letzterem die gewöhnlichen Untersuchungsmethoden manchmal besondere Schwierigkeiten aufweisen. Barret hatte Gelegenheit, bei mehr als tausend Kindern diese Untersuchungsmethode anzuwenden. Um jedoch die dadurch gewonnenen Aufschlüsse zu verstehen, muss man mit dem Röntgenbilde des normalen Thorax vertraut sein.

In frontaler Lage zeigt das normale Bild des Thorax zwei helle Zonen, welche den beiden Lungenfeldern entsprechen und in der Quere von den streifenförmigen Schatten der Rippen und Schlüsselbeine überlagert und nach unten durch den beweglichen Schatten des Zwerchfelles begrenzt werden. Die beiden Lungenfelder sind durch einen vertikalen Schattenstreifen getrennt, welcher den übereinander gelagerten Schatten der Wirbelsäule, des Herzens mit den grossen Gefässen und des Steramus entspricht. Dieser mediane Schatten ist in seinem unteren Teile, besonders nach links zu, durch den Schatten des Herzens verbreitert. In den seitlichen und schrägen Stellungen gelingt es, den Schatten des Herzens und der Aorta von dem der Wirbelsäule zu trennen, und man kann auf diese Weise das hintere Mediastinum untersuchen.

Barret bespricht alsdann die Veränderungen des Röntgenbildes, welches durch die verschiedenen Erscheinungen der Lungentuberkulose beim Kinde bedingt sind und legt dabei in Bezug auf die Diagnose das Hauptgewicht auf die peri-tracheo-bronchialen Drüsenerkrankungen.

Peribronchiale Drüsenerkrankungen. — Bei der Durchleuchtung in frontaler Stellung äussert sich die Hypertrophie der tracheo-bronchialen Ganglien durch anormale Schatten, welche im Bereiche des Lungenteiles, oberhalb des Herzschattens, im Zusammenhange mit dem medianen Schatten, letzteren mehr oder weniger, bald rechts, bald links, bald beiderseits überragend. Diese Schatten sind durch mehr oder weniger deutlich runde oder polyzyklische Konturen abgegrenzt; ihre Undurchsichtigkeit wechselt, bald ist dieselbe sehr bedeutend, bald ziemlich gering, je nach der Dichtigkeit und dem Kondensationszustande des Gangliengewebes. Ihre Grösse variiert zwischen Nuss- und Orangengrösse. — Sind dieselben klein und links gelegen, so können sie mit einer Provenienz des Aortaschattens verwechselt werden; letzterer unterscheidet sich jedoch davon durch seine pulsatorischen Bewegungen. Sind die erkrankten Ganglien von geringem Volumen und median gelegen, so können dieselben von dem medianen Schatten vollständig verdeckt und bei der Durchleuchtung in frontaler Stellung nicht erkannt werden. Daher soll man es nie unterlassen, die Durchleuchtung auch in seitlicher und schräger Stellung vorzunehmen. Dabei soll man tiefe Inspirationen ausführen lassen. —

Indes können Ganglien von geringem Volumen, geringer Dichtigkeit, welche tief in der Mitte des Mediastinums gelagert sind, der Durchleuchtung entgehen, weshalb ein negatives Resultat der letzteren nicht unbedingt ein Beweis dafür ist, dass keine Drüsenerkrankungen bestehen, besonders wenn anderweitige Symptome für das Bestehen von solchen sprechen.

Digitized by Google

Die verkalkten Ganglien, die beim Kinde nicht gar so selten vorkommen, äussern sich durch einen sehr kleinen Schatten von intensiver Undurchsichtigkeit, der zuweilen einen im Thorax steckenden metallischen Fremdkörper, ein Geschoss vortäuscht. — Diese verkalkten Ganglien erscheinen in besonderer Frequenz im linken Lungenfelde, oberhalb und in nächster Nähe des Herzbildes; zuweilen ist der Ganglienschatten mit dem Rande des Perikard durch sichtbare fibröse Spangen verbunden.

Was die anderen Erscheinungen der Lungentuberkulose betrifft, so geben dieselben bei Kindern ein von dem bei Erwachsenen nicht wesentlich verschiedenes Bild.

Pleura. — Bei den Pleuritiden mit Erguss gibt die Durchleuchtung wichtige Aufschlüsse über den Zustand der Lunge; die Dunkelheit der Spitze gibt oft vor jedem anderen Symptome den anatomischen Zustand derselben kund.

Die umschriebenen Exsudate geben leichte Schatten, welche die Eigentümlichkeit haben, dass sie unter einer gewissen Inzidenz der Strahlen deutlich erscheinen, während sie unter einer anderen kaum bemerkbar sind. Schatten dieser Art beobachtet man bei Kindern ziemlich oft in der Gegend der interlobären Pleura. Das Aussehen dieser Schatten wird charakteristisch, wenn man, nach den Angaben von Biclère, die Röntgenröhre so verstellt, dass die Strahlen den Thorax genau in der Richtung des untersuchten interlobären Raumes schräg treffen; alsdann benutzt man einen schmalen Schattenstreifen mit scharfen, linearen Rändern und von ausgesprochener Undurchsichtigkeit.

Die trockene Zwerchfell-Pleuritis bewirkt auf der befallenen Seite eine absolute Unbeweglichkeit des Zwerchfelles, deren Beobachtung augenfällig ist, wenn man tiefe Inspirationen ausführen lässt.

Lungen. — Die Läsionen des Lungenparenchyms verursachen auf dem Schirme Schattenveränderungen, die je nach der Natur, dem Grade und der Ausdehnung der Affektion sehr wechseln. Die Verdichtung des Lungengewebes äussert sich durch Schatten von wechselnder Intensität, von der leichten Verdunklung der Kongestion oder der beginnenden Infiltration angefangen bis zur undurchsichtigen Masse der käsigen Pneumonie.

Ausser der durch die Verdichtung des Parenchyms bedingten Modifikationen der Durchsichtigkeit besteht ein frühzeitiges, von Williams beschriebenes Zeichen, dessen Konstatierung von sehr grossem Werte sein kann: es handelt sich um das einseitige Vorhandensein der Zwerchfellbewegungen, die entweder eine Verminderung der Lungenelastizität oder der Existenz eines durch Reizung des Phrenikus bedingten Reflexes entsprechen würde. von la Hausse (Kirchweidach).

Die Osteopsathyrosis oder die essentielle Knochenbrüchigkeit Von Broca und Herbinet. (Revue de chirurgie 1905, Nr. 12).

Zur Entstehung einer Fraktur ist im allgemeinen die Einwirkung einer gewissen Gewalt notwendig, es gibt aber pathologische Zustände, wo diese Gewalteinwirkung nur eine geringe zu sein braucht. Zu diesen pathologischen Zuständen gehören solche lokaler Natur (syphilitische Gummata; osteomyelitische Nekrosen, Hydatidenzysten, primäre Osteosarkome, sekundäre Karzinome etc.). Die Rachitis und die Osteomalazie

Digitized by Google

sind der Typhus der Allgemeinkrankheiten, unter deren Einwirkung die Festigkeit des Knochens leidet. Bekannt ist ferner der Einfluss gewisser trophischer Störungen, unter deren Einwirkung es zu Spontanfrakturen oder wie Verfasser sagen, zu pathologischen Frakturen kommt. Dieser „symptomatischen" Form der Knochenbrüchigkeit stellen Verfasser die „idiopathische" oder „essentielle" oder „konstitutionelle" Fragilitas ossium gegenüber. Die essentielle Knochenbrüchigkeit, die Osteopsathyrosis Lobstein's, ist eine Krankheit des jugendlichen Alters. In den 2 Fällen der Verfasser handelt es sich um 2 Knaben von 8 und $3^1/_2$ Jahren. Bei dem erstern ist es seit dem 8. Lebensmonat die 6. Fraktur, bei dem jüngeren seit dem 15. Monat, wo er die erste Fraktur erlitt, die 8., die sie dem Hospital zuführten. In zwei anderen Fällen, die in einer These von Moreau genauer mitgeteilt worden sind (1894), bei zwei Schwestern von 23 und 21 Jahren, die geheilt wurden, ist die Neigung zu Frakturen seit dem 16. resp. 13. Lebensjahr verschwunden. Über die pathologische Anatomie und die Ätiologie des Leidens sind wir noch vollständig unaufgeklärt. Man kennt die Tatsache der leichten Entstehung der Frakturen, die Bevorzugung der langen Röhrenknochen, besonders der unteren. Unter den sekundären ätiologischen Frakturen scheint das Geschlecht ohne Einfluss zu sein, desto mehr Klima und Rasse. Die Beobachtungen sind häufiger in Norddeutschland, in England, in Nordamerika gemacht worden, wie das auch von der Hämophilie gilt, mit der die essentielle Knochenbrüchigkeit noch einen anderen ätiologischen Faktor gemein hat, die Heredität, direkter oder kollateraler Natur. Zahlreiche Beispiele beweisen den familiären Charakter. Bei der Krankengeschichte des 8jähr. Knaben wäre ein offenbar als Osteomalazie anzusprechendes Leiden der Mutter während der betreffenden Schwangerschaft hervorzuheben. Die Krankheit bevorzugt bestimmt das kindliche Alter, das Alter von 2 bis 12 Jahren vorzugsweise, ziemlich häufig auch das höhere Alter.

Die Prognose des Grundleidens ist, wie die Fälle der beiden Schwestern zeigen, nicht gerade schlecht, indem die Neigung zu Knochenbrüchen mit dem Alter erlischt. Ist demnach die allgemeine Prognose keine ungünstige, so ist die lokale Prognose die denkbar günstigste: die osteopsathyrotische Fraktur konsolidiert schnell, ohne fehlerhaften Kallus und ohne Pseudarthrosenbildung. Für die Behandlung des Grundleidens empfehlen Verfasser die Verabreichung von phosphorsaurem Kalk, Lebertran, Schilddrüsenextrakt u. s. w., ferner Aufenthalt in frischer Luft, womöglich an der See. Da Knochenverschiebungen bei diesem Leiden sehr selten sind, werden von den Verff. Einrichtungsversuche nicht für nötig gehalten. Als wichtiges Zeichen der Osteopsathyrosis soll es gelten, dass es radiographisch meist unmöglich ist, einen geheilten Knochenbruch nachzuweisen.

Netter (Pforzheim).

Ueber Wohnungsnot und Kinderelend. Von Damaschke. (Vortrag geh. auf dem Kongress f. Kinderforschung und Jugendfürsorge zu Berlin 1906.)

Einleitend erinnerte der Redner an den Mordprozess Berger, der eine Reihe abstossender Bilder aus dem Berliner Mietkasernenleben enthüllte, und wies auf einen zweiten Prozess aus der jüngsten Vergangenheit hin, in welchem gegen vier Kinder von 12 bis 14 Jahren

Digitized by Google

wegen Sittlichkeitsvergehen verhandelt worden war. Die Eltern der Kinder lebten, wie aus der Urteilsverkündigung hervorging, in den ärmlichsten Uerhältnissen, und gerade das auf einen winzigen Raum beschränkte Wohnungselend hatte unzweifelhaft der Unsittlichkeit Vorschub geleistet. Wie wenige kennen dieses Wohnungselend, das nur zu oft jeder Beschreibung spottet, aus eigener Anschauung! In einem einzigen Raum haust, wohnt, und schläft die ganze Familie, vielleicht noch mit ein paar Schlafburschen zusammen, und ein einzelnes Bett beherbergt häufig Erwachsene und Kinder beieinander. Dass durch solche Verhältnisse das Schamgefühl der Kinder verletzt werden muss, liegt auf der Hand. Nach der amtlichen Statistik wird ein Raum als überfüllt bezeichnet, der dauernd von sechs oder mehr Personen bewohnt wird. Wie viele Tausende von Wohnräumen gibt es, welche weit mehr als diese „statistische" Überfüllung aufweisen! Was nützen die luftigsten Schulpaläste, wenn die Wohnungsverhältnisse daheim so entsetzenerregende sind. Die Lehrerschaft, von der ja der erste Anstoss zum gewerblichen Kinderschutz ausgegangen sei, darf nicht zugeben, dass die von ihr gelegte Saat in dem häuslichen Wohnungselend verdorben wird. Ein Lehrer, der es ernst mit seinem Berufe nimmt, muss sich um die Wohnungsverhältnisse seiner Zöglinge kümmern, er muss wissen, wie die Umwelt der Kinder beschaffen ist, die er sittlich und religiös bilden helfen soll. Wandel lässt sich nur auf dem Boden einer gerechten Bodenreform schaffen. Der Boden darf nicht ausschliesslich Gegenstand der Spekulation sein. In unseren Industriebezirken bleibt den Kindern kaum noch ein Plätzchen, auf dem sie mit Erlaubnis weilen dürfen. Deshalb wäre die Aufteilung städtischen Terrains in Familiengärten zu empfehlen, wie sie an einigen Orten auch bereits besteht. Solche Familiengärten würden ohne Zweifel einen hohen erzieherischen Wert haben.

Ueber Sprachstörungen des kindlichen Alters. Von Gutzmann. (Vortrag geh. auf dem Kongress für Kinderforschung und Jugendfürsorge zu Berlin 1906).

In Deutschland gibt es nahezu 100000 stotternde Kinder, mit anderen Worten: unter hundert Schulkindern findet sich immer eins, das stottert Nicht weniger als tausend Militärpflichtige müssen wegen dieses Sprachfehlers für dienstuntauglich erklärt werden. Man ist nun daran gegangen, bereits auf der Schule diesem Übel zu steuern; allein das genügt nicht. Bereits in der vorschulpflichtigen Zeit, in den Kindergärten, muss das Stottern bekämpft werden. Die Lehrer selbst sollten auf dem Seminar passende Unterweisungen erhalten, wie Sprachstörungen zu bekämpfen sind; aber auch der Schuärzte harrt hier eine dankbare Aufgabe. Wenn der Kampf allerorten energisch geführt werde, dann brauche man nicht zu befürchten, dass — wie das kürzlich in Berlin passiert sei — wieder einmal ein junger Mann bei der städtischen Strassenrelnigung abgewiesen werde, nur weil er stotterte. Begründet wurde die Abweisung mit dem Hinweis, das der junge Mann später einmal Beamter werden könnte, und als solcher dürfe er keinen Sprachfehler haben!

Digitized by Google

Erfahrungen auf der Säuglingsabteilung der Universitäts-Kinderklinik in Wien. Von Sperk. (Zeitschrift für Säuglingsfürsorge. Bd. I, Heft 4.

Escherich hat es unternommen, eine Säuglingsabteilung in den Rahmen eines alten, in baulicher Beziehung unmodernen Spitals einzufügen und die Erfolge der nunmehr $1^1/_2$ Jahre bestehenden Abteilung beweisen, dass es durch die besonderen Einrichtungen sowie infolge des vollständigen Abschlusses von den anderen Krankensälen möglich geworden ist, auch hier Resultate zu erzielen, die hinter denen anderer, moderner Anstalten nicht zurückstehen. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass sich Sp's Beobachtungen hauptsächlich auf gesunde Kinder, untergewichtige Kinder, Frühgeburten und von Magendarmkranken nur auf Atrophiker erstrecken. Immerhin waren sie so günstig, dass Sp. geneigt ist, die Entstehung des „Hospitalismus" weniger auf den von Schlossmann beschuldigten Mangel der natürlichen Ernährung als vielmehr auf das Fehlen von Licht und Luft und auf schlechte Pflege, wie sie durch ein an Zahl ungenügendes Pflegepersonal bedingt ist, zurückzuführen. Verschiedene der Arbeit beigegebene Tafeln und Kurven illustrieren die Ausführungen des Verfassers, der am Schlusse seine Erfahrung in folgenden Sätzen zusammenfasst.

1. Die Eingliederung einer Säuglingsabteilung in ein schon bestehendes Kinderspital ist bei zweckmässiger Adaptierung und bei genügendem Wartepersonal möglich.

2. Ausreichendes Pflegepersonal lässt sich am besten dadurch gewinnen, dass mit der Säuglingsabteilung eine Schule zur Heranbildung von Säuglingspflegerinnen verbunden ist.

3. Die künstliche Ernährung gesunder Säuglinge gelingt auf diese Weise auch innerhalb eines Spitals, Isolierung der Säuglinge, sorgfältige Pflege und rationelle Ernährung vorausgesetzt.

4. Die entzündlichen Affektionen der Atmungsorgane und die Otitiden sind die gefährlichsten und am schwersten prophylaktisch zu bekämpfenden interkurrenten Erkrankungen einer Säuglingsabteilung.

Die Kinderschutzaktion in Ungarn. Von Lévai. (Ibid.)

Bis zu den achtziger Jahren war in Ungarn von einem eigentlichen Kinderschutz nicht die Rede, da bis dahin nur ein Gesetz die Verwendung von Kindern zu schwereren, besonders Fabrikarbeiten verbot. Dann entstand der Weisse-Kreuz-Findelhaus-Verein, ein Wohltätigkeitsverein, der sich armer verlassener Kinder annahm und sie in Kostpflege aufs Land gab. Die Aufsicht und im Krankheitsfalle die Behandlung versahen die Gemeindeärzte auf Vereinskosten.

1901 wurde das Gesetz geschaffen, auf welchem der jetzige Kinderschutz Ungarns aufgebaut ist. Als der Staat die Organisation des Kinderschutzes übernahm, übergab ihm der Weisse-Kreuz-Verein 9108 Kinder. In verschiedenen Gegenden des Landes wurden nun in geeigneten Städten Kinderasyle mit guten hygienischen Einrichtungen erbaut: Pavillonsystem mit Anlagen, die jeder Forderung der modernen ärztlichen Wissenschaft genügten. An der Spitze eines jeden Kinderasyls — bis jetzt schon 18 — steht ein dirigierender Oberarzt, dem ein Sekundärarzt beigeordnet ist.

Diese Kinderasyle sind vorzugsweise Durchgangsstätten, die die

Digitized by Google

Kinder nur solange behalten, als sie noch schwach sind oder ärztlicher Behandlung bedürfen. Sonst sendet das Asyl die Kinder und Säuglinge in die sog. Kinderkolonien, welche in kleineren und gesunden Städten bestehen. Die ärztlichen und administrativen Obliegenheiten versehen die vom Ministerium ernannten Kolonieärzte, die die Kinder zu vertrauenswürdigen Zieheltern ausgeben. Die Fürsorge des Staates erstreckt sich bis zum vollendeten 15. Lebensjahre. Besonderes Gewicht wird darauf gelegt, dass Säuglinge gestillt werden, deshalb nimmt der Staat nicht nur die Säuglinge in Fürsorge, sondern in Ermangelung säugender Ziehfrauen auch die Mutter des verlassenen Kindes, damit diese 8—9 Monate ihr Kind selbst nähren kann.

Den stillenden Ziehfrauen werden Kinder erst dann gegeben, wenn deren eigenes Kind schon über 6 Monate alt ist, erstens, weil der Staat nicht erlaubt, 2 Säuglinge auf einmal zu stillen(!?) und zweitens, weil er auch nicht will, dass das eigene Kind der stillenden Ziehfrau benachteiligt wird.

Bisher sind 18 Asyle mit 400 Kinderkolonien errichtet unter deren Fürsorge ca. 30000 Kinder stehen. Baron (Dresden).

Rezensionen.

Vorträge über Säuglingspflege und Säuglingsernährung. Gehalten in der Ausstellung für Säuglingspflege im März 1906 von A. Baginsky, B. Bendix, J. Cassel, L. Langstein, H. Neumann, B. Salge, P. Selter, G. Siegert, J. Trumpp. Herausgegeben von dem Arbeitsausschuss der Ausstellung. 8°. 168 S. Berlin 1907, Jul. Springer. Preis 2 Mk.

Es war ein glücklicher Gedanke, der nicht nur von denjenigen, die Gelegenheit hatten, die überaus reichhaltige und lehrreiche Ausstellung für Säuglingspflege seinerzeit zu besuchen und die Vorträge ganz oder teilweise anzuhören, sondern auch von denen, die diese Gelegenheit nicht hatten, mit Freuden begrüsst werden dürfte, die im März v. J. von den berufenen Vertretern der Pädiatrie gehaltenen gemeinverständlichen Vorträge im Druck erscheinen zu lassen. Es ist dadurch für die einen die Möglichkeit geschaffen worden, das damals Gehörte in Muse nochmals zu lesen und es dürften andererseits auch diejenigen Kollegen, die in die Lage kommen, selbst ähnliche Vorträge halten zu müssen, damit gute Paradigmata geboten werden.

Es kann natürlich nicht unsere Aufgabe sein, alle jene 15 Vorträge mehr oder weniger ausführlich wiederzugeben, zumal sie für den Fachmann ja nicht direkt etwas Neues bringen, und doch gibt es verschiedene Artikel, die auch für den Arzt dadurch interessant sind, als sie sich mit spezielleren Fragen lokaler oder sozialer Natur befassen: so z. B. die Arbeit Neumanns über den Säuglingsschutz in Berlin, in der sowohl die Einrichtungen für Schwangerschaft und Entbindung, als auch die Massnahmen, die zum Schutz der Säuglinge und im besonderen der Neugeborenen in Berlin geschaffen sind, geschildert und in der speziell auch die

Digitized by Google

Verhältnisse der besonders gefährdeten unehelichen Kinder berücksichtigt werden. Ein anderer Artikel, von Selter, behandelt die Frage: „Was kann der Arbeiter zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit tun?" und weist darin, ebenso wie in dem Vortrage: „Der Wert der natürlichen Ernährung für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit" auf die ausserordentlichen Vorteile des Stillens hin und legt dar, dass die weitaus grösste Mehrzahl der Frauen physisch in der Lage ist, ihre Kinder selbst zu nähren.

Dasselbe Motiv liegt den Baginsky'schen Ausführungen über „Mutterpflichten" und dem Vortrage Langsteins „Die Ernährung des Säuglings an der Brust" zu Grunde.

Mit besonderer Befriedigung ist überall dieses Voranstellen des hohen Wertes des Stillens zu begrüssen und es ist zu wünschen, dass auch diese Vorträge eine wirksame Propaganda für die natürliche Ernährung bilden werden. Hoffentlich werden diese lesenswerten Arbeiten nicht nur vom Publikum, sondern auch von den Ärzten beachtet, denn leider gibt es auch unter den letzteren noch immer solche, welche noch nicht von der Unersetzlichkeit der Mutterbrust überzeugt sind.

Baron (Dresden).

Zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Des Säuglings Ernährung und Pflege. Anleitung für Mütter aller Stände, Kinder- und Wochenpflegerinnen. Von Fritz Toeplitz. Mit einer Einführung von Professor Dr. A. Schlossmann in Düsseldorf. 8°. 16 S. Breslau 1907. Preuss & Jünger. Preis 40 Pf.

Auf 16 Seiten bespricht der Verfasser die wichtigsten Regeln der natürlichen und künstlichen Ernährung des Kindes und die Säuglingspflege. Das kleine Buch ist allen Müttern zur Lektüre zu empfehlen und wird ihnen ein sicherer Wegweiser sein.

Wederhake (Düsseldorf).

Hautpflege und Kosmetik. Von Dr. Gustav Michel. (Der Arzt als Erzieher, Heft 7.) 2. verm. u. verb. Aufl. gr. 8°. 34 S. München 1907. Verlag der ärztl. Rundschau (Otto Gmelin). Preis 80 Pf.

Der physiologische Teil (Hautpflege) erscheint mir trotz der populären Darstellungsweise für Laien viel zu schwer; auch die Indikationsstellung für Art der Bäder etc. bei einzelnen Krankheiten (Bauchfellentzündung u. s. w.) erscheint mir mehr für den Arzt als für den gebildeten Laien berechnet. Besser ist der kosmetische Teil geglückt, wenngleich Rezepte wie 10 Proz. Schwefelsalbe, Resorzinpaste besser dem Urteil des behandelnden Arztes überlassen werden. Denn die Kosmetik soll ein Gebiet der ärztlichen Kunst sein. Ob das angelegentlich empfohlene Betupfen von Warzen 3 mal täglich mit rauchender Salpetersäure gerade „kosmetisch" ist, lasse ich dahingestellt. Meiner Ansicht nach sollten solche Büchlein mehr aufklärend wirken, aber nicht durch Rezepte dazu verhelfen (ähnlich wie Fragekasten in den Zeitschriften) den Arzt zu umgehen.

Wentzel (Zittau).

Digitized by Google

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Über Adrenalin-Medikation bei der essentiellen Incontinentia urinae. Von Zanoni.

Verf. hat das Adrenalin bei 6 Kindern, die an essentieller Incontinentia urinae litten, angewendet. Derselbe gab das Adrenalin-Extrakt in Tagesdosen von 15—70 Tropfen auf 2—4 mal, je nach dem Alter und je nach der Intensität oder der Dauer der Affektion. Von den 6 Kranken genasen 5 vollkommen in einem Zeitraum von 3 Tagen bis zu 2 Wochen und diese Heilungen halten nach 5 und 6 Monaten noch an; das sechste Kind erfuhr eine bedeutende Besserung.

Es ist besser, auf einmal ziemlich grosse Dosen (40 Tropfen) zu geben und damit noch einige Zeit nach der Heilung fortzufahren. Während der Behandlung ist es gut, soviel als möglich die Kinder aufzufordern, zu bestimmten Stunden den Urin zu entleeren. Dieselben sollen sich vor Erkältung hüten und eine ziemlich dicke Flanelleibbinde tragen.

(Sem. méd. 1906.) von la Hausse (Kirchweidach).

Die Behandlung der Diphtherie mit Quecksilberjodid. Von Iseke.

Die Verordnung war folgende: Hydrargyri bijodat. 0,03, Kalii jodat. 0,02, Syr. Menth. 30,0, Aq. dest. ad 200,0 für Erwachsene 2 stündlich 1 Esslöffel, für Kinder entsprechend weniger. Mit dieser Behandlung der Diphtherie will Verf. gute Erfolge gesehen haben. Die Erfolge waren bei ausschliesslicher Anwendung des Hg-Präparates sogar noch besser als bei gleichzeitiger Serumanwendung.

(Dtsch. Ärzte-Ztg. No. 14, 1905.) Netter (Pforzheim).

Zur Behandlung der epidemischen Meningitis. Von França.

Mit Injektionen von 3—18 ccm einer 1 prozentigen Lösung von Lysol in den Lumbalsack, die täglich gemacht und solange wiederholt wurden, bis die Spinalflüssigkeit steril war, hat der portugiesische Arzt während einer Meningitisepidemie 1902 die besten Erfolge erzielt: 29,3 Proz. Mortalität gegen 63,8—66,6 Proz. bei anderer Therapie.

(Dtsch. med. Wchschr. No. 30, 1905.) Netter (Pforzheim).

Über zwei Fälle von Tetanus mit seltener Eingangspforte. Von Baros.

Im ersten Falle handelt es sich um ein vierjähriges Mädchen, das 10 Tage nach der Impfung von äusserst akutem Tetanus befallen wurde, dem sie zwölf Stunden nach dem ersten tetanischen Anfalle erlag.

Bei der Untersuchung fand man keinerlei Spur weder einer Wunde noch einer Exkoriation, wohl aber boten die Impfwunden als drei grosse schwärzliche ausgetrocknete Krusten sich dar, während das peripherische Erythem verschwunden war.

Man muss in diesem Falle daher die Infektion der Impfwunden, sei es durch das Kind selbst oder durch dessen Eltern annehmen, welche die Wunden wohl mit durch Mist beschmutzten Händen berührt hatten.

Digitized by Google

Man kann ebenfalls annehmen, dass der Giftstoff durch Wäsche, welche vorher mit dem Vieh in Berührung kam, übertragen wurde. Die Art der Impfung und der Impfstoff selbst können nicht beschuldigt werden, da die nötigen antiseptischen Massregeln angewendet wurden. Übrigens ist von den 121 Personen, die mit Erfolg geimpft wurden, keine einzige an Tetanus erkrankt.

Der zweite Fall betrifft einen Burschen von 18 Jahren, der mit der Pflege des Viehes und mit Stallarbeit beschäftigt war. Derselbe kam in das Spital mit den Symptomen eines subakuten Tetanus, der zur Heilung kam. Auch hier konnte bei der Untersuchung keine Spur einer Wunde oder eines Kratzers aufgefunden werden. Statt dessen bestand Ohreneiterung, besonders rechts, mit einer Entzündung des äusseren Gehörganges. Autor ist daher der Ansicht, dass hier der Tetanus von dem infolge der Eiterung entzündeten äusseren Gehörgange ausgegangen sei. Da hier Jucken bestand, so hat sicherlich der Kranke des öfteren seinen durch Mist beschmutzten Finger in das Ohr eingeführt.

(Rev. méd. de l'Est 1906.) von la Hausse (Kirchweidach).

Kleine Mitteilungen.

Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wird ihren 3. Kongress am 24. und 25. Mai d. J. in Mannheim abhalten.

Als einziges Verhandlungsthema wird die Frage der sexuellen Pädagogik eingehend erörtert werden. Nach der vorläufigen Tagesordnung sollen folgende Spezialreferate erstattet werden:

Die Aufgabe der Mutter, des Hauses, der Volksschule. — Sexuelle Aufklärung in höheren Schulen, für Abiturienten, Seminaristen, Fortbildungsschulen, auf dem Lande. — Jugendliteratur. — Sexuelle Diätetik.

Hervorragende Mediziner und Pädagogen haben die Referate übernommen. —

Der 2. internationale Kongress der „Gouttes de Lecit" — Kinderschutz im 1. Lebensjahr — wird vom 12.—16. September d. J. in Brüssel stattfinden. Derselbe wird sich mit einer Reihe von wichtigen Fragen — natürliche und künstliche Ernährung im 1. Lebensjahr, Verhütung der Tuberkulose im Kindesalter etc. — beschäftigen. Näheres über den Kongress ist zu erfahren durch den Generalsekretär Dr. Eugen Lust, Rue de la Limite 27, Brüssel.

In Wien findet von April bis Juni d. J. eine Ausstellung „Das Kind" statt. Die Vorankündigungen versprechen ein vollständiges Bild der bisher auf dem Gebiete des Kinderschutzes und der Jugendfürsorge geleisteten Arbeit. Die Ausstellung wird folgende Gruppen umfassen: 1. Säuglingsschutz; 2. Bekleidung; 3. Ernährung; 4. Kinderzimmer; 5. Gesundheitspflege; 6. Schule und Anstalt; 7. Statistik; 8. Knaben- und Mädchenfortbildung; 9. Schutz des Kindes; 10. Die Kunst im Leben des Kindes; 11. Sport und Spiel; 12. Literatur; 13. Industrie und Kind; 14. Nahrungsmittel.

Verlag von Benno Konegen, Leipzig. — Druck von Julius Beltz, Hoflieferant, Langensalza.

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Sanitätsrat Dr. Sonnenberger in **Worms.**

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

XVIII. Jahrg. **Mai 1907.** **No. 5.** (209.)

Inhalt: Originalien: **Engelmann,** Über das Verhältnis der Skrofulose zur Tuberkulose. 97. — **Büttner,** Fürsorgebestrebungen für geistig Minderwertige. 101. — Referate: **Marfan u. Lemaire,** Beitrag zum Studium der sero-toxischen Erscheinungen. 106. — **Sahli,** Über Tuberkulinbehandlung. 110. — **Mendelsohn,** Apoplexie der Thymusdrüse. 110. — **Rosenberg,** Über Myatonia congenita. 112. — **Holmgren,** Verknöcherung und Längenwachstum bei Morbus Basedowii. 114. — **Audéond,** Foudryante Purpura. 114. — **Moure,** Adenoide Vegetation im frühen Kindesalter. 115. — **Lapinski,** Gipskrystalle im menschlichen Harn. 115. — **E. und Frau L. Oberwick,** Säuglingsfürsorge in Heim- und Armenpflege. 116. — Gesundheitspflege: **Hartmann,** Unterweisung und Erziehung der Schuljugend zur Gesundheitspflege. 117. — Rezensionen: **Plath-Rossmann,** Briefe eines Arztes an eine junge Mutter. 8. Aufl. 118. — **Michaelis,** Die Milch. 118. — **Luss,** Der Ärztestreik. 118. — **Dessauer u. Franze,** Die Physik im Dienste der Medizin mit besonderer Berücksichtigung der Strahlungen. 119. — **Meyer,** Die Hebammengesetze in Preussen. 119. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 119. — Kleine Mitteilungen. 120.

Nachdruck mit **genauer** Quellenangabe gestattet. — Separatabdrücke verboten.

Über das Verhältnis der Skrofulose zur Tuberkulose.*)

Von Dr. Fr. Engelmann, Geheimer Sanitätsrat (Bad Kreuznach).

Über das Wesen der Skrofulose besteht heute noch nicht vollständige Übereinstimmung unter den Ärzten. Von mancher Seite wird dieselbe vollständig mit der Tuberkulose zusammengeworfen. Alles, was früher skrofulös genannt wurde, ist heute tuberkulös, so die Erkrankungen der Drüsen, der Gelenke u. s. f. Und doch ist es sehr wichtig, beide streng auseinander zu halten.

Mit Tuberkulose bezeichnen wir eine Erkrankung der Gewebe, welche durch einen bestimmten Mikroben bedingt ist. Durch seine Vermehrung im tierischen Organismus werden je nach den Organen, die von ihm betroffen werden, bestimmte scharf charakterisierte Veränderungen ververursacht, die je nach der Widerstandsfähigkeit des von ihm befallenen

*) Aus „Wissenschaftliche Mitteilungen aus Bad Kreuznach". Kreuznach 1906.

Digitized by Google

Organismus einen verschiedenen Verlauf nehmen und mannigfache Krankheitsbilder darbieten.

Mit dem Ausdruck Skrofulose bezeichnen wir eine Disposition des Organismus, eine Diathese, wie man früher sich ausdrückte, die darin besteht, dass der Körper verminderte Widerstandsfähigkeit gegen Schädlichkeiten zeigt, die ihn treffen. Das Baumaterial ist hier sozusagen minderwertig. Die Zellen der Gewebe sind über die Norm empfindlich, vulnerabel.

Wird der skrofulöse, d. h. minderwertige Organismus von irgend einer Schädlichkeit getroffen, so wird er abnorm stark reagieren. Eine Schädlichkeit, die in einem normalen Gewebe keine oder nur unbedeutende Störung, die sich rasch ausgleicht, hervorruft, wird in einem skrofulösen eine solche mehr oder minder starke verursachen.

Die durch dieselbe gesetzte Reaktion (Entzündung) wird besonders stark sein, die durch letztere bedingten Veränderungen, Infiltration, Ausschwitzungen u. s. f. werden wenig Neigung zeigen, sich zurück zu bilden, da die vitalen Kräfte hierzu nicht ausreichen, Es werden daher die Veränderungen der betreffenden Gewebe bestehen bleiben und dieselben werden dann wiederum einen locus minoris resistentiae bilden, eine besondere Neigung zur Wiedererkrankung zeigen.

Die Schädlichkeiten, welche den Organismus treffen können, sind sehr mannigfach. Alles, was Veränderungen an den Zellen und Geweben verursachen kann, seien sie physikalischer oder chemischer Natur, oder eine Mischung beider, wird von Einfluss sein. Von ersteren ist es in erster Linie die Temperatur, besonders der Wechsel derselben und vor allem der plötzlich auftretende, welcher die Hauptrolle spielt.

Dieser Einfluss ist lange Zeit in vielleicht übertriebener Weise in den Vordergrund gestellt — dann im Wechsel der Zeiten ungebührlich vernachlässigt worden — zu Gunsten des chemischen Einflusses, des bakteriellen. Heute tritt er wieder an die ihm gebührende Stelle. Lehren doch schon alle physiologischen Untersuchungen und Beobachtungen die Wichtigkeit der Temperatur auf die Veränderungen der Zellen und Gewebe.

Neben diesem Einfluss der Temperatur spielen andere physikalische Einwirkungen wie Trauma u. a. eine sehr untergeordnete Rolle. Den bedeutendsten Einfluss haben jedoch die Einwirkungen chemischer Natur, bedingt durch die Stoffwechselprodukte der verschiedenen pathogenen Mikroben auf die Gewebe.

Unter den Mikroben, welche pathogen für den tierischen Organismus sind, haben weitaus die grösste Bedeutung die Tuberkelbazillen. Sie werden am häufigsten in demselben gefunden uud daher ist es auch natürlich, dass sie sich fast ausnahmslos in dem vital schwächeren, dem skrofulösen einfinden und den günstigsten Nährboden finden.

Weiter ist es leicht verständlich, dass sie an Stellen, wo sie sich am leichtesten ansammeln können, wo sie zunächst nach der Invasion des Organismus zurückgehalten werden, bevor sie in den Kreislauf eintreten, in den Lymphdrüsen am häufigsten gefunden werden. Und naturgemäss dort gerade, wo die bequemste Eingangspforte für sie ist, an den Drüsen, welche zum Mund und den oberen Luftwegen gehören, den Halsdrüsen und in zweiter Linie den Darmdrüsen.

Digitized by Google

Unter normalen Verhältnissen genügen die Schutzvorrichtungen des Körpers, um die Tuberkelbazillen bei ihrem Eintritt in den Körper zu vernichten. Nicht so bei den geschwächten, weniger widerstandsfähigen, den skrofulösen. Daher kommt es, dass bei Skrofulose fast regelmässig früher oder später die Halsdrüsen anschwellen und dass man in denselben so regelmässig Tuberkelbazillen findet, dass sie nach denselben benannt werden, obgleich Tuberkelbazillen durchaus nicht die einzige bazilläre Ursache der Erkrankung der Drüsen ist, wenn auch bei weitem die häufigste. Andere Eingangsstellen kommen neben den oben erwähnten weniger in Betracht, obgleich sie auch nicht ganz selten sind, so die Haut bei Erkrankungen derselben, oder Defekten, die Gelenke, die Knochen u. s. f.

Aus der Erkenntnis der Beziehungen zwischen Skrofulose und Tuberkulose ergibt sich ohne weiteres die grosse Bedeutung, welche eine Bekämpfung der Skrofulose in dem allgemeinen Kampf gegen die Tuberkulose spielt, die aber häufig nicht genug gewürdigt wird.

Der Kampf gegen die Tuberkulose ist eine Pflicht unserer Kultur und ihn mit Energie in Angriff genommen zu haben, eine nicht hoch genug einzuschätzende Ruhmestat unserer Generation. Aber der Kampf wird ein vergeblicher sein, wenn man sich nicht immer vor Augen hält, dass in erster Linie es unsere Aufgabe sein muss, den Organismus zu stärken im Kampfe gegen Mikroben. Denn ganz ausrotten wird man trotz allen Fleisses doch den Schädling nicht, oder doch nur sehr langsam. Hier muss die fortschreitende Kultur das Beste tun. Mit Schwindsucht-Sanatorien wird man auch nicht weit kommen. Den Körper aber widerstandsfähig zu machen gegen seine Feinde, das ist die Aufgabe, die wir erfüllen können. Hier sollte der Hebel eingesetzt werden. Den bereits erkrankten Körper zu sanieren, wird nur in einzelnen Fällen gelingen. Es muss unsere Aufgabe sein, den jugendlichen, kindlichen Organismus derart widerstandsfähig zu machen, dass er vermag, den Kampf mit dem Feinde erfolgreich zu bestehen.

Alles was den kindlichen Organismus gesund erhält und kräftigt, wird einen wesentlichen Faktor bilden im Kampfe mit der Tuberkulose. Hier werden alle hygienisch sozialen Massregeln reichste Früchte tragen.

Nicht in letzter Linie sind es die Mittel zur Bekämpfung der Skrofulose, welche heranzuziehen sind. Eine wie hohe Bedeutung hierbei neben allgemeinen hygienisehen Massregeln Sol- und Seebäder spielen, bedarf keiner besonderen Betonung. Die schönen Erfolge, die in den bereits recht zahlreiehen Anstalten für Behandlung skrofulöser Kinder in vielen See- und Solbädern erzielt werden, lassen Gutes für die Zukunft hoffen, Aber wenn auch die Zahl der dort behandelten Kinder jährlich viele Tausende beträgt, wie klein ist die Zahl doch im Vergleich zu den zahlreichen, die bis jetzt noch der Wohltat entbehren müssen. Hier kann und muss noch unendlich mehr geschehen. Aus dem Gesagten ergibt sich ohne weiteres die grosse Wichtigkeit alle schwächlichen, d. h. skrofulösen Kinder einer sorgfältigen hygienischen Erziehung zu unterziehen, umsomehr, wenn dieselben noch erblich belastet sind.

Solche Kinder sollten, besonders so lange sie noch klein sind, zu Hause das ganze Jahr hindurch Solbäder, etwa zweimal die Woche nehmen und sollten es die Verhältnisse irgendwie gestatten, im Sommer

Digitized by Google

einen längeren Aufenthalt in einem Sol- oder Seebade nehmen. Wichtig ist es besonders zu betonen, den Aufenthalt in denselben nicht zu kurz zu wählen, damit auch wirklich ein Einfluss auf den Stoffumsatz, die Säfte und Gewebebildung eintreten kann.

Wenn es auch häufig nicht besonders wichtig ist, ob man ein Sol- oder Seebad wählt, so gibt es doch Fälle genug, wo dies von Bedeutung ist. Die Seebäder wirken hauptsächlich auf physikalischem Wege durch Abhärtung des Körpers u. s. f. Sie werden daher in erster Linie dort am Platze sein, wenn es sich um Behandlung einer skrofulosen Anlage handelt, um Stärkung des wenig widerstandsfähigen Organismus.

Bestehen bereits krankhafte Erscheinungen, angeschwollene Drüsen, entzündete Schleimhäute, oder gar Knochen- und Gelenkerkrankungen, so genügen allgemein stärkende Mittel nicht mehr. Hier sind die stärkeren, auf den Stoffwechsel einwirkenden Solquellen indiziert, die Seebäder werden mehr als Nachkur in Betracht kommen.

Ich möchte hier noch besonders hervorheben, dass hier nicht allein, wie es häufig geschieht, die Solquellen äusserlich als Bäder Anwendung finden sollten, sondern dass auch einen wesentlichen Faktor der innere Gebrauch der Quelle bildet. Schon die alltägliche Beobachtung belehrt uns darüber, dass skrofulöse Kinder ein besonderes Bedürfnis nach Salz haben, einen wahren Salzhunger, der sie veranlasst, gierig sich auf Salz zu stürzen, wo sie seiner habhaft werden können. Die Wichtigkeit einer Salzzufuhr ist von alters her bekannt, aber erst die neuere Zeit hat nachgewiesen, dass es nicht nur eine untergeordnete Rolle spielt in der Ernährung als Mittel die Assimilation der Eiweissstoffe zu erleichtern, sondern eine eminent wichtige als Quelle der Energie, des osmotischen Druckes im Organismus.

Wie von mir und anderen nachgewiesen wurde, wird durch Zufuhr von Mineralwasser der osmotische Druck des Blutes vermehrt, also auch die Energie, welche Arbeit leistet und dass hierdurch Veränderungen im Organismus verursacht werden müssen, kann wohl ungezwungen angenommen werden. Jedenfalls lehrt die Erfahrung, wie wohltätig eine vermehrte Zufuhr von Salzen, in erster Linie von Chlorsalzen, besonders Chlornatrium auf den durch Krankheit oder sonstwie geschwächten Organismus einwirkt.

Darum werden im allgemeinen diejenigen Solquellen den Vorzug bei der Behandlung der Skrofulose verdienen, bei denen ein innerer Gebrauch der Quellen möglich ist. Es sind dies die schwächeren Quellen, denn nicht auf die Menge des zugeführten Salzes kommt es an, dies liesse sich auf andere Weise bequemer erreichen, sondern auf die Zuführung desselben in einer Form und Menge, die eine rasche Assimilation ohne Störung der Zellentätigkeit gewährleistet.

Je näher der Salzgehalt der Quellen demjenigen der Säfte und Gewebe des Körpers steht, also der physiologischen Salzlösung, um so leichter wird sie in der Zirkulation aufgenommen, um so besser wird sie vertragen werden, d. h. um so weniger Nebenerscheinungen wird sie hervorrufen. Bekannt ist, dass stärkere Salzlösungen als 1% leicht Reizungen des Darmes verursachen, die manchmal willkommen sein können, im allgemeinen aber und besonders in unserem Fall als eine schädliche Nebenwirkung zu betrachten sind.

Digitized by Google

Die Erfahrung hat dies tausendfach bestätigt. Unsere Elisabethquelle beispielsweise, deren Gehalt an verschiedenen Chlorsalzen um 1 % schwankt, wird vortrefflich auch von kleinen Kindern vertragen, regt die Magensekretion und damit den Appetit an, ohne die Darmtätigkeit wesentlich zu beeinflussen, während die stärkeren Quellen dies sehr leicht tun. Sie ist daher besonders bei Skrofulose ein vortreffliches Unterstützungsmittel der Bäder.

Noch einen Punkt möchte ich berühren, betreffend die Wichtigkeit, die skrofulöse Disposition im Kindesalter möglichst zu beseitigen. Es wird ziemlich allgemein angenommen, dass die Skrofulose eine Erkrankung ist, welche sich ausschliesslich im Kindesalter findet, die später verschwindet. Das ist meiner Erfahrung nach nur in beschränkter Weise richtig.

Die bekannten als skrofulöse bezeichneten Erkrankungen der Drüsen, Schleimhäute etc. treten zwar bei zunehmendem Alter mehr zurück, aber die Diathese, d. h. die krankhafte Schwäche der Gewebe kann das ganze Leben hindurch bestehen, ohne dass sie im Äussern der Kranken zur Erscheinung kommt. In diesem Fortbestehen beruht meines Erachtens teilweise die Ursache, warum im einzelnen Falle auch im späteren Leben bei dem einen Erkrankungen chronisch werden, die bei einem anderen gesunden Organismus von der Lebenskraft desselben leicht bewältigt werden. Wenn eine Infektionskrankheit besonders schwer auftritt, schwere Komplikationen bedingt und zurücklässt, so kann dies auf einer besonderen Virulenz des Infektionsstoffes beruhen, aber auch darauf, dass der Körper in geringem Masse Widerstandskraft besitzt. Wenn leichtere Formen von Infektion Nachkrankheiten zurücklassen, so kann dies dieselbe Ursache haben. Wenn Entzündungen, die sonst glatt verlaufen, chronisch werden, Residuen zurücklassen, Veränderungen bedingen, so beruht dies auf derselben Ursache, auf dem Fortbestehen der skrofulosen Diathese.

Es ergibt sich hieraus mit zwingender Notwendigkeit die eminente Wichtigkeit, die eine Bekämpfung und Beseitigung dieser Diathese in der Jugend hat, nicht allein für das Entstehen der Tuberkulose, sondern auch vieler anderweitiger Erkrankungen, die den Organismus im späteren Leben heimsuchen.

Fürsorgebestrebungen für geistig Minderwertige.

Von Hilfsschullehrer Georg Büttner-Worms.

(Schluss.)

Eine recht weitgehende Fürsorge für die aus der Hilfsschule entlassenen Zöglinge erstand in Breslau auf Veranlassung einer Lehrerin Fräulein Stephanie Hoffmann daselbst. Sie errichtete in Gräbschen in der Nähe von Breslau eine Arbeitslehrkolonie am 1. Mai 1903. Der Anfang wurde gemacht mit drei Zöglingen. Bald jedoch steigerte sich die Zahl auf 24 und später auf 30. Zuerst wurden die Knaben von einem erfahrenen Gärtner in Gartenarbeit (vorzugsweise Gemüsebau) unterrichtet. Später kam ein neuer Betrieb hinzu, die Korbmacherei, und ein

Digitized by Google

neuer Lehrmeister wurde angestellt. Ostern 1905 waren schon 2 Korbmacher und ein Gärtner nötig. Die Korbflechterei umfasst zwei Unterbetriebe: a) geschlagene Arbeit d. i. die Anfertigung grüner und weisser Arbeiten, wie Viertel- und Scheffelkörbe, Wasch- und Reisekörbe u. s. w. und b) Gestellarbeit; zu letzterem gehört die Anfertigung feiner Arbeiten z. B. von Papier- und Blumenkörben, Etageren, Tischchen, Balkon- und Gartenmöbeln aus Weiden, Rohr, Bambus und Kongoeiche. Bald darauf wurde auch Stuhlflechterei eingeführt. Nebenbei erteilte Fräulein Hoffmann den Schülern noch entsprechenden Fortbildungsschulunterricht. Die ersten beträchtlichen Ausgaben bestritt Fräulein Hoffmann aus eigenen Mitteln. Im zweiten Jahr leistete die Breslauer Schulverwaltung einen Zuschuss von 500 Mark, die auf 1000 Mark im Jahre 1905 erhöht wurden. Ausserdem garantiert die städtische Armenverwaltung für Lehrgeld und Mittagbrot pro Schüler monatlich 20 Mark. Einzelne, besonders weit entfernt wohnende Schüler sind in Pension genommen worden. Für diese garantiert die Stadt je 30 Mark monatlich. Seit 1. Oktober v. J. ist die Sache noch einen Schritt weitergekommen. Es schreibt Nr. 6 der „Hilfsschule" darüber: „Am 1. Oktober erfuhr nun die junge Anstalt eine dankenswerte Umgestaltung. Durch das bereitwillige Entgegenkommen des Herrn Oberpräsidenten der Provinz Schlesien, des Grafen von Zedlitz und Trützschler, ist die Anstalt in eine Stiftung umgewandelt worden. Die zunächst erforderliche Summe stellte der Herr Oberpräsident aus einem Fonds, den ein Breslauer Kaufmann für wohltätige Zwecke gestiftet hatte, zur Verfügung. Den Vorstand der Stiftung bilden zwei Vertreter der Provinzialverwaltung, zwei Vertreter der Stadt Breslau, der Stifter und Fräulein Hoffmann, die auch weiterhin die Anstalt führt. Durch diese Umwandlung ist das Fortbestehen des segensreichen Unternehmens gesichert. Es ist ihm noch die Möglichkeit geboten, sich auf dem seitherigen Wege weiter zu entwickeln und auch nun Zweige der Erwerbstätigkeit für Schwachbefähigte aufzunehmen. Mit der Umwandlung der Anstalt in eine Stiftung verband sich auch deren Verlegung. In hochherziger Weise überliess der Herr Oberpräsident das dem Fiskus gehörige Schloss Pleischwitz a. d. Oder mit daran anstossendem Park und Garten. Ende Oktober fand die Übersiedlung in das den Zwecken entsprechend hergerichtete neue Heim statt." Ähnliche Einrichtungen sind auch für die Stadt Frankfurt a. M. geplant. Zwar ist die Sache noch vereinzelt, aber der gute Kern ist nicht zu verkennen. Weiter könnten derartige Arbeitslehrkolonien helfend einspringen und Asyle für vorübergehend arbeitsunfähige oder arbeitslose Zöglinge werden. Auch könnten sie sich mit der Zeit so ausgestalten, dass sie ältere Arbeitsunfähige zur Pflege und Bewahrung aufnehmen würden, dass sie also eine Altersversorgungsanstalt, ein Altersheim, ein Invalidenhaus würden. Vorläufig dürfte ja noch dieser Zweck als frommer Wunsch erscheinen, aber aus dem Auge ist er doch nicht ganz zu verlieren.

Weiter kommen die gefahrvollen und hochwichtigen Entwicklungsjahre, in denen die Fürsorge eine besondere Tätigkeit entfalten muss. Da heisst es, ein doppelt wachsames Auge haben. Sind nicht die Jahre von 14—18, 20 die gefährlichsten und fallen in dieser Zeit nicht auch viele normale Kinder, leiden Schiffbruch und gehen unter? Um wieviel mehr

Digitized by Google

bedürfen da die Schwachsinnigen eines Rückhaltes. Da muss es wieder sein, um mit der Familie, mit dem Lehrherrn, mit dem Arbeitgeber in Verbindung zu bleiben, um gegebenenfalls klärend und aufmunternd nach der einen wie nach der andern Seite hin zu wirken. Man muss wie ein liebender Vater stets mit Rat und Tat den früheren Schutzbefohlenen zur Seite stehen. Droht der eine umzufallen und zu wanken, so muss man ihn wieder aufrichten und festigen; den noch Stehenden muss man immer noch mehr kräftigen, um den Stürmen des Lebens sichern Trotz bieten zu können. Ist man der rechte Mann, versteht man es, sich die Hochachtung, das Vertrauen, die Herzen zu gewinnen, so werden sie einem jederzeit gern aufsuchen, um Rat und Aufklärung bitten, und für Belehrung und Zurechtweisung dankbar sein. Wenn auch in dieser Beziehung in erster Linie der Pädagoge in Frage kommt, so kann doch auch der Schularzt, der Hausarzt, sowie jeder edeldenkende Mensch, wes Standes er auch sei, sein Scherflein zum Wohl der Armen im Geiste beitragen.

Ganz aktuell in der Fürsorgeerziehung der Schwachsinnigen ist geworden die Frage der Fortbildungsschulpflicht. Schon auf dem letzten Verbandstag in Bremen Ostern 1905 kam die Sache zur Sprache anlässlich des Vortrages von Schenk-Breslau über: „Die Fürsorge für die aus der Hilfsschule entlassenen Kinder in unterrichtlicher und praktischer Beziehung." An der Notwendigkeit und Nützlichkeit des Fortbildungsschulunterrichtes überhaupt wird niemand mehr zweifeln. Umgekehrt wird aber auch niemand verkennen, dass für die Schwachsinnigen ein besonderer Unterricht erforderlich ist, dass sie zweckdienlich in Normalklassen nicht gefördert werden können. Die erste derartige Schule wurde 1902 in Düsseldorf geschaffen. Breslau folgte im Mai 1904 mit der Gründung von vier Schulen in verschiedenen Stadtteilen. Ferner wurde 1904 in Altenburg i. S.-A. an die dortige Hilfsschule ein Fortbildungskurs für die konfirmierten Knaben der Hilfsschule angeschlossen. Auch Mainz und Worms tragen in dieser Beziehung seit neuester Zeit ihren Hilfsschülern Rechnung. Auch sie haben besondere Klassen dafür mit einem beschränkten Lehrplan eingerichtet. Ganz neu ist der Fortbildungsschulunterricht auch eingeführt worden in Berlin. Es ist das um so höher anzuschlagen, da man anfänglich in Berlin dem Hilfsschulwesen wenig Sympathie entgegenbrachte. Nr. 6 der „Hilfsschule" schreibt darüber: „Zu gleicher Zeit mit der Einrichtung von 8 sechsklassigen Hilfsschulen im eigentlichen Sinne an Stelle früherer Nebenklassen ist in Berlin Ostern 1906 auch eine Fortbildungsschule für ehemalige Hilfsschulzöglinge und für schwachbegabte Jugendliche überhaupt ins Leben gerufen worden, die gleich bei ihrer Gründung einen gewissen Fortschritt in der Fortbildungsschulfrage dadurch bezeichnete, dass sie nicht auf Jünglinge beschränkt blieb, sondern auch auf die schulentlassenen Mädchen ausgedehnt wurde. Die Fortbildungsschule ist untergebracht in der Hilfsschule Brunnenstrasse 186 in unmittelbarer Nähe des Rosentaler Tores. Der Unterricht findet für die Knaben an 2 Abenden von 6—9 Uhr, für die Mädchen an 2 Abenden von 5—8 Uhr statt. Ihm ist als Aufgabe gesetzt, das vorhandene Wissen und Können zu befestigen, die sich herausstellenden Lücken auszufüllen und unter sorgfältiger Berücksichtigung der Eigenart und des Berufs eines jeden Schülers dessen Bildung allseitig

Digitized by Google

zu erweitern, die Zahl der Schüler einer Klasse geht nicht über 15 hinaus. Der Besuch der Schule ist unentgeltlich. Als Unterrichtsfächer sind festgesetzt für die Knaben Deutsch (Lesen, Schreiben, gesellschaftskundliche Besprechungen), Rechnen, Zeichnen und Handarbeit, für Mädchen Deutsch (Lesen, Schreiben, gesellschaftskundliche und hauswirtschaftliche Besprechungen), Rechnen und weibliche Handarbeit. Der Unterricht wird in drei aufsteigenden Klassen erteilt, von denen jede in einem Jahr absolviert werden soll. Die Eltern der die Fortbildungsschule besuchenden Jünglinge und jungen Mädchen bringen der Schule durweg gutes Verständnis und lebhaftes Interesse entgegen. Von weither finden sich die Zöglinge aus der Grossstadt zusammen. Zum Teil werden sie regelmässig von der Mutter oder Geschwistern zur Schule gebracht und von derselben wieder abgeholt. Von seiten der Leitung der Schule bemüht man sich auch, den Zöglingen geeignete Arbeitsgelegenheit zu ermitteln. Ein kurzer kräftiger Appell an das Publikum durch die Presse hat zahlreiche Angebote von Lehrlings-, Laufburschen-, Dienstmädchen-, Näherinnen etc. Stellen zur Folge gehabt, bei denen geduldige, rücksichtsvolle Behandlung zugesichert wurde. Man hat also auch die Aufgabe der Fortbildungsschule, Mittel- und Stützpunkte aller Fürsorgemassnahmen für die schulentlassenen Hilfsschulzöglinge zu sein, von vornherein gebührend ins Auge gefasst."

Wie sehr das Thema interessiert und wie ungemein hoch man dasselbe einschätzt, geht auch daraus hervor, dass man es in das Programm des diesjährigen Verbandstages der Hilfsschulen „Deutschlands", welcher in der Zeit vom 2. bis 3. April in Charlottenburg stattfand, aufgenommen hat. Es referierte darüber Filialleiter Arno Fuchs-Berlin. Ja, die Fortbildungsschule ist ein gutes Mittel, den Lebensgang und das Schicksal der einzelnen zu beobachten und zu beeinflussen. Sie werden dadurch vor manchem Fehltritt, vor Müssiggang und schlechten Streichen bewahrt.

Über zwei andere wichtige Punkte wurde bereits früher berichtet in Nr. 2 dieser Zeitschrift, nämlich über den Schutz im Militärdienst und über den Schutz in der Rechtspflege. Bezüglich der ersten Frage sind schon recht schöne Erfolge zu verzeichnen, bezüglich der zweiten darf man hoffentlich in nicht allzuweiter Ferne ähnliche Erlasse erwarten.

Wie überall, so ist auch hier in der Schwachsinnigenfürsorgefrage der Einzelne zu schwach, um wirklich Erspriessliches zu leisten; die Gesamtheit muss sich dafür interessieren, alle müssen mithelfen an dem edlen Werke der Fürsorge für Geistesschwache. In der richtigen Erkenntnis dieser Tatsache haben sich verschiedenenorts „Fürsorgevereine" gebildet, welche sich speziell dem edlen Zwecke widmen wollen. Die Mitglieder setzen sich zusammen aus Lehrern, Ärzten, Geistlichen, Juristen, Verwaltungsbeamten, Fabrikherren etc., kurzum aus allen, welche ein warmschlagendes Herz für die armen Geistesschwachen haben. Sie wollen ihnen bei der Berufswahl mit Rat und Tat zur Seite stehen, in allen Lebenslagen und Nöten treue Berater sein, ihre Not lindern helfen, ihnen in Rechtssachen Beirat geben und anderes mehr. Solche Vereine bestehen zurzeit in Berlin, Breslau, Brüssel, Frankfurt a. Main, Königsberg, Köln und Leipzig. Der Berliner „Erziehungs- und Fürsorge-

Digitized by Google

verein für geistig zurückgebliebene Kinder" besteht jetzt etwas über 3 Jahre. Trotzdem hat er infolge der eifrigen Wirksamkeit aller Beteiligten, insbesondere auch seines um die Förderung des Hilfsschulwesens in Berlin sehr verdienten Vorsitzenden des Stadt- und Kreisschulinspektors Dr. v. Gizycki bereits ausgezeichnete Erfolge erzielt. Der Verein hat sich als Ziel gesetzt, „Interesse und Verständnis für die Ausbildung und Erziehung der geistig zurückgebliebenen (schwachsinnigen) Kinder zu wecken und zu beleben und an der geistigen, leiblichen, sittlichen und wirtschaftlichen Förderung dieser Minderjährigen mitzuwirken." „Das erstere will er", schreibt Nr. 1 v. „Die Hilfsschule", „erreichen durch Vorträge und Diskussionen, durch Besprechung der einschlägigen Literatur und behördlicher Verordnungen und Erlasse, durch wissenschaftliche Bearbeitung des vorliegenden Gebietes, Erörterungen in Fachschriften und in der Tagespresse, durch Besuch von Musterstätten und durch Errichtung einer Zentral- und Auskunftsstelle. Die praktische Fürsorgetätigkeit des Vereins geht dahin, Sorge zu tragen für ausreichende Pflege, Nahrung und Kleidung der Kinder, für Einrichtung von Kinderheimen, Horten und Ferienkolonien, im Bedarfsfalle für Unterbringung in Privat- oder Anstaltspflege, für rechtzeitige Überweisung an die geeigneten Lehr- und Erziehungsanstalten, für Einsetzung von Pflegern zu stetiger Überwachung der Kinder und für Bildung von Erziehungsausschüssen an den beteiligten Gemeindeschulen. Daneben will der Verein den Schulentlassenen bei der Berufswahl beratend zur Hand gehen, ihnen geeignete Lehrherren und Arbeitgeber nachweisen, die Fürsorge für diejenigen Schulentlassenen übernehmen, die keinen Familienanschluss am Orte haben, Fortbildungskurse, Lehrlingsabende, Lehrlings- und Mädchenheime einrichten, Bedürftigen Mittel zu einer ausreichenden Ausbildung verschaffen und überhaupt in besonderen Notlagen und Gefahren des Lebens Beistand gewähren. Innerhalb des Vereins besteht eine soziale und eine pädagogische Sektion mit je einem besonderen Vorstand; daneben wird die Bildung einer medizinischen und einer juristischen Kommission geplant."

In Breslau wurde eine ähnliche Vereinigung im März 1903 ins Leben gerufen unter dem Titel „Vereinigung zur Fürsorge für ehemalige Hilfsschulzöglinge". Sie stellt sich zur Aufgabe, „im Anschluss an die Tätigkeit der Hilfsschule den aus derselben austretenden Zöglingen den nützlichen Gebrauch ihrer Kräfte in einer ihren Fähigkeiten entsprechenden Weise zu ermöglichen und sie durch Gewährung des ihnen notwendigen Schutzes und Beistandes zur sozialen Lebensführung zu befähigen, sie insbesondere gegen die Gefahren des öffentlichen Lebens: Arbeitslosigkeit, Ausbeutung, Prostitution, kriminellen Verfall etc. zu schützen." Die genannte Fürsorge kann auch auf andere Schwachsinnige, die nicht in Hilfsschulen gewesen sind, ausgedehnt werden. Die Vereinigung hat zahlreiche Mitglieder aus dem Lehrerstande, aber auch aus anderen Kreisen gefunden. Als Organe der Fürsorge werden von der Vereinigung Pfleger und Pflegerinnen bestellt. „Diese haben die Pflicht, mit ihren Pfleglingen in ständiger Verbindung zu bleiben, sich bezüglich ihrer Lebensverhältnisse auf dem Laufenden zu erhalten und ihnen jeden notwendigen Beistand zu Teil werden zu lassen."

Recht schöne Erfolge hat auch schon zu verzeichnen der Fürsorgeverein zu Königsberg. Seine Tätigkeit erstreckt sich sowohl auf schul-

Digitized by Google

pflichtige, als auch auf schulentlassene Schwachsinnige. Bezüglich der ersteren besagt § 3 der Statuten: „Die Fürsorge für die noch schulpflichtigen Schwachsinnigen soll u. a. bestehen: a) In der möglichst frühen Überweisung an die Hilfsschule. b) In der Ermöglichung einer besseren Pflege der Zöglinge zur Unterstützung der Schulzwecke, besonders in der Errichtung eines Kinderheims (Tagesaufenthalt mit Beköstigung) und einer besonderen Ferienpflege.“ Bezüglich der letzteren fordert ein anderer Paragraph: „Die Fürsorge für die schulentlassenen Knaben und Mädchen hat u. a. zu bestehen: a) In der Ausbildung der Kinder zu einem praktischen Berufe, wozu wirtschaftlich tüchtige, sittlich einwandfreie Lehrmeister, Dienstherrschaften, Pfleger aufgesucht werden. b) In der fortgesetzten Überwachung und Erziehung der Kinder. c) In der Gewährung von Beistand in Notlagen, sowie in der Gewährung von Schutz gegen die Gefahren der krankhaften Beanlagung und gegen die des öffentlichen Lebens (Verwahrlosung, akute Seelenstörungen, Alkohol, Prostitution, Ausbeutung, Konflikte mit Behörden). d) In der Unterbringung der dieser Massnahme bedürftigen Kinder in passenden Pflegestellen, je nach Lage des Falles in Privat- oder Anstaltspflege“.

Nicht minder tätig ist man in Frankfurt a. Main gewesen. Möchten doch recht viele Städte diesen Beispielen folgen zum Segen der Familie, der Gemeinde und des Staates.

Fasst man das alles ins Auge, so muss man sagen, es ist schon manches für die geistig Schwachen geschehen, aber es bleibt immer noch viel zu tun übrig. Und daran mitzuhelfen, dazu sollte jeder, wer nur irgendwie in der Lage ist, sein Scherflein beitragen. Wer sich in den Dienst der edlen Sache stellt, wird helfen, etwas Nützliches zu leisten. Aber er wird auch selbst grosse Genugtuung und Befriedigung finden, gilt es doch, die an der Grenze des geistigen Todes Stehenden zum geistigen Leben zurückzuführen. Wie jeden Lehrer und Erzieher der Schwachsinnigen, so muss es auch jeden Wohltäter und Menschenfreund der Schwachssinnigen erheben, wenn es heisst:

„Gibt es denn eine grössere Lust, als nach und nach die tausend Stricke lösen, die einen gefangenen Geist umwinden? Als Licht hervorzulocken, das hinter tausend Nächten glimmt? Den dicken, feisten Drachen des Stumpfsinns in seinem dunkelsten Schlupfwinkel aufsuchen und die Prinzessin Seele an sicherer Hand herausführen, ist das ritterlichste Vergnügen, das ich kenne.“

Referate.

Beitrag zum Studium der sero-toxischen Erscheinungen. — Das Erythema marginatum aberrans. Von A. B. Marfan und Henri Lemaire (Revue der maladies de l'enfance Januar 1907).

Anf Grund früherer Beobachtungen kamen die Autoren zu dem Schlusse, dass in dem therapeutischen Serum weder die Toxine noch die

Digitized by Google

immunisierenden Substanzen toxisch wirken, sondern lediglich das Serum selbst, insoweit es eben ein Serum anderer Art, ein heterogenes Serum ist. Um nun nicht irrtümlich dem Serum solche krankhafte Erscheinungen, welche die Grundkrankheit zur Ursache haben, zuzuschreiben, haben die Autoren zu den echten Serum-Erscheinungen nur solche gerechnet, welche bei gesunden Individuen, die sich einer Präventivinjektion unterzogen haben, vorkommen. Dabei kamen dieselben zu folgenden Kategorien echter Serum-Erscheinungen:

1. Die Urtikaria, zu der auch die nesselartigen Erytheme und Ödeme gehören.

2. Die partiellen begrenzten Erytheme, welche papulös, oder makulös, oder punktförmig oder auch flächenartig sind. Diese Erytheme gehen meist der Urtikaria voraus, oder sie begleiten dieselbe oder folgen ihr; doch kommen sie auch isoliert vor. Meist treten sie in der Gegend auf, wo die Seruminjektion stattgefunden hat.

3. Schmerzhafte Erscheinungen, vor allem Arthralgien und Myalgien, welche besonders an den Extremitäten und dem Rücken ihren Sitz haben.

Ausser diesen kommt noch ein besonderes Exanthem vor, das mit den anderen Serum-Exanthemen mehr oder minder verwechselt wurde, das jedoch von Marfan als Erythema marginatum aberrans bezeichnet wurde. Dieses Erythem ist ein Serum-Exanthem. Während jedoch die Urtikaria zwischen dem 4. und 9. Tage nach der Seruminjektion auftritt, erscheint dieses Erythem meist zwischen dem 8. und 12. Tage und ist mit Fieber verbunden, welches das Exanthem begleitet, häufiger jedoch entweder demselben vorausgeht oder nachfolgt. Das Fieber schwankt gewöhnlich zwischen 38 und 39°,

Das Exanthem beginnt zumeist am Bauch, besonders um die Injektionsstelle, in der Sacro-Lumbalgegend, an den unteren Extremitäten; von hier aus breitet es sich auf den übrigen Teil des Rumpfes, auf die Oberextremitäten und das Gesicht aus.

Das Exanthem besteht anfänglich aus hochroten, mehr oder weniger rundlichen, oft etwas erhabenen Flecken, welche jedoch schnell sich ausbreiten und gleichzeitig im Zentrum abblassen, so dass letzteres vollkommen weiss erscheint. Aus den Flecken ist also ein Ring entstanden. Dadurch, dass die Ringe sich exzentrisch immer mehr ausbreiten, stossen dieselben allmählich zusammen, kreuzen sich und bilden ausgedehnte Arabesken. Die roten Ränder, welche die Kreissegmente begrenzen, sind oft etwas erhaben; dieselben sind nach innen zu scharf abgegrenzt und ausgesprochen kreisförmig, während sie nach aussen unregelmässig sind und in verschiedenen Abstufungen in die gesunde Haut übergehen.

Besonders charakteristisch für dieses Exanthem ist der ungeheuer schnelle Wechsel der einzelnen Elemente desselben. Ein Flecken bildet sich in wenigen Stunden zu einem Ringe aus und kurze Zeit darauf ist aus dem Ringe hinwiederum ein Kreissegment geworden. Charakteristisch ist ferner das gleichzeitige Vorhandensein verschiedener Eruptionsstadien des Exanthems neben einander.

Das Exanthem ist nicht immer generalisiert: dasselbe kann auf den Bauch und die Oberschenkel begrenzt bleiben. Im allgemeinen befällt

Digitized by Google

das Erythema marginatum die Extremitäten ganz symmetrisch; am Rumpfe jedoch ist die Symmetrie unbeständig und wenig ausgesprochen. Dieses Exanthem ist selten pruriginös und keinerlei Abschuppung folgt auf dasselbe. — Die Schleimhäute bleiben von der Affektion verschont. In fast der Hälfte aller Fälle beobachtet man eine leichte Schwellung der oberflächlichen Lymphdrüsen, besonders der Leistenbeuge und der Achselhöhle. — Fast immer besteht Fieber, jedoch sind nur ganz geringe Allgemeinerscheinungen vorhanden.

Die Dauer des Erythema marginatum aberrans ist verschieden; gewöhnlich beträgt dieselbe 2—5 Tage. Ausnahmsweise können Nachschübe sich einstellen.

Das ist das Bild des Erythema marginatum aberrans in seiner einfachen isolierten Form.

Indes in einer ziemlich grossen Zahl von Fällen folgt dieses Erythema auf die Urtikaria. Meist geht der Prozess folgendermassen vor sich: Sechs bis sieben Tage nach der Seruminjektion tritt eine intensive ausgebreitete Urtikaria auf; die Papeln sind von einer roten Zone umgeben, die viel dunkler und ausgebreiteter als gewöhnlich ist. Nach 2—4 Tagen verschwinden die Urtikariaquaddeln und es bleiben allein rote Ringe und Kreissegmente übrig, welche ein Erythema marginatum aberrans darstellen, das, wie beschrieben, für sich weiter sich entwickelt, jedoch im allgemeinen von kürzerer Dauer ist, indem es 2 Tage nicht übersteigt.

In anderen, bis jetzt nicht beachteten Fällen, geht dem Erythema marginatum aberrans ein makulöses oder papulöses masernartiges Erythem voraus. In den genannten Fällen bleibt das Erythem 1—2 Tage hindurch papulös oder makulös und geht erst nach dieser Zeit in ein ringförmiges Erythem über. Diese Exanthemform tritt immer spät auf; 14—15 Tage nach der ersten Seruminjektion stellt sich Fieber ein, das oft 39° erreicht. Am Tage darauf erscheint ein makulo-papulöses Erythem und zwar fast immer zuerst an den Füssen und am Bauche; alsdann breitet sich das Exanthem auf die oberen Extremitäten und das Gesicht aus. Das Exanthem bleibt höchstens 2 Tage lang masernartig, alsdann verwandeln sich die Flecken in Ringe und Kreissegmente und zwar in ganz kurzer Zeit, jedoch nicht überall gleichzeitig. Diese Form des Erythema marginatum aberrans bleibt im ganzen 4—5 Tage bestehen und ist gewöhnlich von ziemlich heftigem Fieber begleitet.

Nach Ansicht der Autoren gibt es bei der mittelst Serums behandelten Diphtherie kein wahres masernartiges Erythem. Vielmehr handelt es sich in solchen Fällen entweder um echte Masern oder um ein sero-toxisches Erythema marginatum aberrans oder endlich um ein septisches polymorphes Erythem, das durch eine Mischung eines makulo-papulösen Exanthems mit Flecken eines einfachen gleichförmigen oder punktförmigen Erythems charakterisiert ist und meist einer gleichzeitigen Streptokokken-Infektion seinen Ursprung verdankt.

Dreimal haben die Autoren eine Verbindung des Erythema marginatum aberrans mit einem septischen polymorphen Erythem, ähnlich dem soeben beschriebenen, beobachtet. Auch hier sind die Autoren der Ansicht, dass diese spezielle Form eines gemischten Erythems dem

Digitized by Google

gleichzeitigen Bestehen einer Streptokokken-Infektion und einer Serum-Intoxikation ihren Ursprung verdankt.

Die schmerzhaften Erscheinungen, welche nach der Seruminjektion sich einstellen können, sind bei Kindern ziemlich selten. Unter 33 Fällen von Erythema marginatum aberrans notierten die Autoren dieselben 6 mal, allerdings handelte es sich in einem Falle um eine erwachsene Frau und treten ja nach dem 20. Jahre die schmerzhaften Erscheinungen viel häufiger auf. Meist traten die Schmerzen auf, als das Erythema marginatum aberrans im Abnehmen begriffen war und befielen die Gelenke und die Muskeln der vier Extremitäten; ein einziges Mal wurde eine wahre Hydrarthrose beider Kniee beobachtet und zwar bei einem gesunden Kinde, das eine Präventivinjektion erhalten hatte.

Bei der vorhin erwähnten Frau gingen die schmerzhaften Erscheinungen fast eine Woche dem Erythema marginatum aberrans voraus. Dieselben befielen nicht allein die Gelenke und Muskeln der vier Extremitäten und der Wirbelsäule, sondern auch das Zwerchfell (sehr schmerzhafte Inspiration), den Oesophagus (Schlucken fast unmöglich mit retrosternalem und interskapularem Schmerze), endlich sogar die Artikulationen des Kehlkopfes (Sprache und Aufwärtsbewegung des Kehlkopfes sehr schmerzhaft). Diese Erscheinungen verliefen fast ohne Fieber, letzeres trat erst am 6. Tage auf, am Tage vor dem Auftreten des Erythema marginatum aberrans; von da ab bestanden das Fieber, die Eruption und die Schmerzen zusammen 4 Tage lang; die Eruption verschwand zuerst, dann das Fieber, endlich die schmerzhaften Erscheinungen.

Den Autoren gilt es als vollkommen erwiesen, dass das Erythema marginatum aberrans dem Serum und nur diesem seinen Ursprung verdankt.

Die Autoren führen ferner drei Umstände an, welche auf die Entstehung des Erythema marginatum aberrans von besonderem Einfluss sind, nämlich: die angewandte Serum-Dosis, die Individualtität des Pferdes, welches das Serum liefert, endlich das Alter des injizierten Kranken.

Was die Serum-Dosis betrifft, so treten krankhafte Erscheinungen um so häufiger auf, je grösser die Injektions-Dosis war. Das gilt besonders für das Erythema marginatum aberrans; $^4/_5$ der davon befallenen Kranken erhielten eine Serum-Dosis von mehr als 50 ccm.

Das Serum gewisser Pferde scheint die Eigenschaft zu besitzen, ganz besonders ein Erythema marginatum aberrans hervorzurufen.

Endlich scheint das Erythema marginatum aberrans viel häufiger bei Erwachsenen als bei Kindern aufzutreten.

Bekannt ist, dass die krankhaften Erscheinungen, welche nach wiederholten Seruminjektionen auftreten sich in einigen Punkten von denjenigen unterscheiden, die auf die erste Seruminjektion folgen, unter der Bedingung jedoch, dass zwischen den zwei Injektionen genügend Zeit verflossen sei. Nun haben die Autoren das Erythema marginatum aberrans bis jetzt nur nach einmaliger Serum-Injektion beobachtet, während sie dasselbe niemals bei Kranken fanden, die durch vorhergehende Injektionen hypersensibel waren.

Was die Behandlung des Erythema marginatum aberrans betrifft, so lassen die Autoren die davon befallenen Kranken das Bett hüten, setzen

Digitized by Google

dieselben auf Milchdiät und geben ihnen gleich anfangs ca. 0,05 g Kalomel. Im Falle hohen Fiebers oder heftiger Schmerzen gab die Verabreichung von Antipyrin oder Pyramidon die besten Resultate.

von la Hausse (Kirchweidach).

Über Tuberkulinbehandlung. Von Sahli. (Korresp.-Bl. für Schweizer Ärzte, 1906, Heft 12 u. 13.)

Die Arbeit ist eine ausführliche Darstellung der bei der Tuberkulinbehandlung gewonnenen Erfahrungen. Nachdem Sahli sowohl mit dem Koch'schen wie mit dem Denys'schen und mit dem Beraneck'schen Tuberkulin gearbeitet hatte, steht er nicht an, dem letzterwähnten den Vorzug vor allen anderen zu geben. Den Hauptwert bei der ganzen Therapie legt er auf eine milde Tuberkulinbehandlung, es dürfen keine fieberhaften Allgemeinreaktionen auftreten. Milde Tuberkulindosen rufen eine Giftfestigung des Organismus hervor, die als solche durchaus unabhängig ist von der bei höheren Dosen eintretenden Allgemeinreaktion. Das Beraneck'sche Tuberkulin kommt in 13 Lösungen in den Handel, von denen jede doppelt so stark ist wie die vorhergehende. Man kann daher mit dem Mittel ganz allmählich steigen, ohne jemals Sprünge machen zu müssen. Die Injektionen werden höchstens zweimal in der Woche vorgenommen. Man beginnt mit ganz niedrigen Dosen und steigt ganz langsam. Tritt eine Reaktion ein, so ist die folgende Dosis wegen der eintretenden Überempfindlichkeit um wenigstens die Hälfte kleiner zu wählen. Es gibt Fälle, bei denen immer wieder Reaktionen auftreten und diese sind für die Tuberkulinbehandlung ungeeignet. Als Reaktion gilt Sahli schon eine Steigerung der Temperatur um $2—{}^{3}/_{10}$ Grade, falls sie sich deutlich von den Nachbartemperaturen abheben, selbst dann, wenn sie sich unterhalb 37 Grad abspielt. Als eine weitere Reaktion werden aufgefasst auffällige Steigerung der Pulsfrequenz, das Auftreten von Dyspnoe nach einer Tuberkulininjektion, endlich sogar Abgeschlagensein und Schlaflosigkeit. Solange die Besserung des Zustandes fortschreitet, solange muss die Tuberkulinbehandlung fortgesetzt werden, unter Umständen jahrelang. Diese Therapie muss so recht zur landärztlichen Aufgabe werden. Die vorsichtige Dosierung erscheint Sahli so völlig ungefährlich, dass sie selbst in solchen Fällen, wo die Diagnose „Tuberkulose" nicht ganz feststeht, versucht werden und sogar als prophylaktische Massnahme angewendet werden kann. Zu diagnostischen Zwecken vorzunehmende Injektionen verwirft Sahli: erstens erscheinen sie ihm nicht beweisend und zweitens ist er der Ansicht, dass sie eine Schädigung des Organismus im Gegensatz zur Giftfestigung durch kleine und seltene Dosen herbeiführen. Nach Sahli haben wir in dem Tuberkulin nicht schlechtweg ein Spezifikum, sondern ein funktionstherapeutisches Mittel zu sehen, welches nur eine ganz bestimmte Funktion, nämlich die Giftempfindlichkeit des Organismus beeinflusst, ähnlich wie wir mittels der Digitalis die Herzkraft beeinflussen, ohne eine spezifische Beeinflussung bestimmter Herzkrankheiten für sich. H. Netter (Pforzheim).

Über die Apoplexie der Thymusdrüse. Von S. Mendelsohn, (Arch. f. Kdhlkde. Bd. 44, Hft. 1—3.)

Der dürftigen, im ganzen bis jetzt nur 6 Fälle umfassenden Kasuisitik

Digitized by Google

reiht Mendelsohn eine eigene Mitteilung mit Sektions- und mikroskopisch-pathologischem Befund an. Ein Zeichen für die Seltenheit des Befundes ist es, dass Ritter, dessen Arbeiten aus der Prager Findelanstalt wir die Grundlagen unserer Kenntnisse über die Blutungen bei Neugeborenen und Säuglingen verdanken, keinen einzigen Fall von Thymusblutung erwähnt. Erst in neuerer Zeit konnte Raudnitz aus derselben Anstalt zwei hierhergehörige Fälle mitteilen. Sie betrafen jedesmal vorzeitig geborene Kinder, das eine selbst auf Lues verdächtig, das andere von einer auf Syphilis verdächtigen Mutter stammend. Am sorgfältigsten untersucht — in beiden Fällen von Raudnitz fehlt der mikroskopische Befund — ist bis jetzt der Fall von Schlesinger, dem sich der von Mendelsohn als gleichwertig anreiht. In dem Schlesingerschen Falle hatte die mikroskopische Untersuchung ergeben, dass es sich um eine parenchymartige Blutung handelte, die das Parenchym in vielen Acinis vollkommen zerstört hat, den klinischen Erscheinungen hatte das Sektionsergebnis entsprochen. Das Kind hatte schon intra vitam eine Koryza und war am 9. Tag einer unstillbaren Nabelblutung erlegen. Das Mendelsohn'sche Kind war 3 Stunden alt, als es mit der Diagnose „angeborene Lues" in das Krankenhaus gebracht wurde. 5 Stunden später trat der Exitus ein. Thymus reichlich taubeneiergross, 8,7 g wiegend. Beim Einschneiden in den rechten Thymuslappen gelangt man in eine diesen Lappen fast vollständig einnehmende etwa haselnussgrosse, mit teils flüssigem, teils frisch geronnenem Blute gefüllte Höhle. Thrombosierte Gefässe nirgends sichtbar. In der Lunge mikroskopisch das Bild der weissen Hepatisation, daneben eine Veränderung der Gefässe, wie sie als charakteristisch für Syphilis gilt. Die Blutung muss eine frische gewesen sein, sie erfolgte nach Ausweis der mikroskopischen Untersuchung in einem allseitig glattwandig begrenzten, also wohl präformierten zystischen Raum, wie solche von Sultan in der Thymus eines 2 Wochen alten syphilitischen Kindes, von anderen in der Thymus von Tieren beschrieben worden sind. Gegen die Annahme einer ursprünglich parenchymatösen Blutung, die in die Zyste durchbrach, scheint die verhältnismässig geringe Durchblutung des Thymusparenchyms zu sprechen. Es kann sich aber auch um eine Zerreissung der Zystenwand resp. eines Gefässes in ihr und Erguss in die Zyste und in das benachbarte Gewebe gehandelt haben. Für die Entstehung der Blutung scheint M. das Geburtstrauma, obwohl es sich um eine normale Geburt gehandelt hat, eine Rolle zu spielen. Als disponierendes Moment kommt die hereditäre Lues hinzu. Der Fall bestätigt sonach den Satz Schlesingers, dass grössere Blutungen bis jetzt nur bei syphilitischen oder zum mindesten syphilis-verdächtigen Säuglingen beobachtet worden sind. In dem Falle Mendelsohns wie in dem einen Falle von Raudnitz war die Thymus allein Sitz einer Blutung, gleichzeitig auch ziemlich hochgradig syphilitischer Gefässveränderungen. Schon die Teilnahme der Thymus an der syphilitischen Erkrankung ist übrigens bemerkenswert, da nach den Angaben der Autoren die Drüse nur in 2—5 % der Fälle spezifische Veränderungen zeigt. Vom gerichtsärztlichen Standpunkt aus ist die Frage wichtig, wie weit das Thymushämatom den Tod des Kindes veranlasst hat, resp. ob die Erhaltung des Lebens derartiger Kinder möglich ist. Der Mendelsohn'sche Fall, der ein kräftig entwickeltes, reifes, normal

Digitized by Google

geborenes Kind betraf, und der erste Fall von Raudnitz scheinen dafür zu sprechen, dass eine solche Blutung tatsächlich Todesursache sein kann.

H. Netter (Pforzheim).

Über Myatonia congenita (Oppenheim). Von L. Rosenberg. (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde, 1906, 31. Bd., 1—2. Hft.)

Über dieses interessante und in differentialdiagnostischer Hinsicht praktisch nicht unwichtige Krankheitsbild liegen nunmehr, soweit Referent die Literatur verfolgen konnte, alles in allem folgende Beobachtungen vor: Von dem ersten Schilderer, Oppenheim, bis zum Jahre 1904 fünf ausgeprägte und noch einige unbestimmte Fälle, und, da die Beobachtung aus der Oppenheim'schen Klinik stammt, möge die vorliegende von Rosenberg gleich mit genannt sein; ferner, als erste Bestätigung der Beobachtungen Oppenheim's, zwei von Berti gemachte, denen der letztere einen Fall von Muggia hinzufügte. Das Jahr 1905 brachte zwei Beschreibungen, eine von G. Spiller mit dem ersten Sektionsbericht — das Kind starb nach einer kurzen fieberhaften Krankheit — und eine ebenfalls aus der Oppenheim'schen Klinik stammende und in einer Leipziger Dissertation niedergelegte Mitteilung von W. Kundt. Aus dem Jahre 1906 stammen 2 Mitteilungen, eine von Antonio Jovane, und 2 von Sorgente beschriebene — im ganzen 14 Fälle. Rosenberg's Fall betrifft einen $2^1/_2$jährigen Knaben, dessen Familienanamnese ohne Belang ist; jedenfalls fehlte in diesem, wie in all den bis jetzt vorliegenden und vom Referenten daraufhin angesehenen Fällen die Syphilis in der Anamnese der Eltern. Das Spiller'sche Kind stammte aus „nervöser" Familie, die Eltern des Kindes von Sorgente waren blutsverwandt. Berti lenkte die Aufmerksamkeit auf die anamnetisch wichtige Frage nach den Kindsbewegungen während des intrauterinen Lebens, konnte jedoch in seinen beiden Fällen nichts Bestimmtes darüber eruieren. In dem Falle Rosenberg's gab die Mutter auf Befragen an, dass sie so gut wie keine Kindsbewegungen gespürt habe, sodass sie ein Abgestorbensein des Kindes befürchtet hatte. Der Frau fehlte allerdings die Möglichkeit eines Vergleiches mit anderen Schwangerschaften, da sie vorher nur 1 Abort im 3. Monat durchgemacht hatte. In dem Falle Kundt's will die Mutter bei der ohne Störung verlaufenen Gravidät bis zum Schluss der Schwangerschaft genau wie bei früheren Kindsbewegungen gefühlt haben; das Gegenteil deponierte die Mutter des von Sorgente beschriebenen Kindes — alles in allem ergibt sich kein prägnantes Moment. — Den Eltern des Rosenberg'schen Kindes, das mit 2 Monaten allein sitzen konnte, entging die Bewegungsstörung der Beine so lange, bis das Kind mit 11 Monaten stehen lernen sollte. Da zeigte sich, dass weder Hüft- noch Kniegelenke irgend welchen Halt besassen. Von guter Beobachtung der Eltern zeugt dieses anamnetische Datum gerade nicht. Trotz Phosphorlebertrantherapie wollte sich eine Besserung des für einen leichten Anfall von Rachitis ärztlicherseits gehaltenen Zustandes nicht einstellen. Die übrige Entwicklung des Kindes, körperlich wie geistig, vollzog sich ohne Störung, es sprach mit einem Jahr. Gegen die lebhaften Fuss- und Zehenbewegungen kontrastierte die völlige Bewegungslosigkeit der Ober- und Unterschenkel des kräftigen wohlentwickelten Kindes. Allein sich aus der Rückenlage aufzurichten, ist das Kind nicht imstande. Die im

Digitized by Google

Hüftgelenk erhobenen Beine fallen schlaff herunter, die Unterschenkel ebenso. Auf Nadelstiche reagiert jedoch der rechte Unterschenkel mit einer etwas besseren Beugebewegung als der linke. Stehen oder Gehen unmöglich. An den Beinen keine sichtbare Atrophie, eher erscheinen die Unterschenkel etwas gleichmässig gewulstet und auch in der Glutäalgegend findet sich eine reichliche Fettentwicklung. Ohne jeglichen Widerstand seitens des Muskeltonus und ohne Schmerzen lassen sich die Oberschenkel so stark beugen, dass die Füsse die Ohren berühren. Nur kurz vor der Endstellung stellt sich durch eine geringe sekundäre Verkürzung der funktionell den Quadriceps überwiegenden Beuger ein leichtes mechanisches Hindernis ein. Die Herabsetzung des Muskeltonus dokumentiert sich im Fehlen der Sehnenphänomene. Der Kontrast zwischen den distalen und proximalen Beinmuskeln kehrt in dem Palpationsbefund wieder: an der Unterschenkelmuskulatur ziemlich normale Konsistenz, teigig-weiche Beschaffenheit, der weder auf mechanische noch auf elektrische Reize — nicht auf die stärksten faradischen und galvanischen Ströme reagierenden — Muskeln der Oberschenkel und Glutäalgegend. Sensibilität für alle drei Qualitäten soweit eine Prüfung möglich, anscheinend intakt. Ungestörte Funktion der Sphinkteren. Hirnnerven frei, Pupillenreaktion in beiden Qualitäten prompt, Sprache und Intelligenz dem Alter entsprechend, Schilddrüse ohne Befund. — Es handelt sich also um das Bild einer fast vollkommenen schlaffen Paraplegie. Erst eine genauere Untersuchung ergab, dass es keine eigentliche Lähmung ist, sondern dass die in den einzelnen Muskelgruppen verschieden intensive Schwäche durch die Atonie der Muskeln vorgetäuscht oder auch wirklich verursacht wird. Da von gröberen rachitischen Veränderungen nicht die Rede ist, kann man mit dem Verfasser die bestehenden Ausfallserscheinungen nicht in Beziehung zu dem im 11. Lebensmonat überstandenen leichten Rachitisanfall bringen, umsoweniger, als die Aktivität der Beine gegen früher keine schlechtere geworden war. — Der Knabe wurde jeden zweiten Tag mit der faradischen Rolle behandelt; vielleicht verdient der faradische Strom deshalb den Vorzug, weil er ausser seiner spezifischen Wirkung auf die Muskeln einen starken Hautreiz setzt, der teils reflektorisch, teils durch Hervorrufung von Abwehrimpulsen bahnend wirkt. Als Resultat der elektrischen Behandlung ergab sich nach 6 Wochen ein Erstarken des rechten Ileopsoas und des rechten Quadriceps bei der Abschlussuntersuchung nach ca. 2 monatiger Gesamtbeobachtungsdauer auch ein Erwachen des linken Ileopsoas, sodass der passiv erhobene Oberschenkel senkrecht gehalten wird. Die Schwäche im linken Quadriceps ist unverändert geblieben. Aufrichten aus der Rückenlage noch nicht möglich, Abduktion und Adduktion der Beine kräftiger. — Bei einem Vergleich aller bis jetzt vorliegenden Beobachtungen zeigt sich, dass sich dieselben eigentlich nur quantitativ unterscheiden: stets sind es die Beine, die betroffen sind, am schwersten meist die Muskeln des Hüft- und Kniegelenks. In den Fällen von Oppenheim, Muggia und Sorgente waren ausser den Beinen auch die Arme gelähmt, in den beiden Berti'schen dazu noch die Rumpf- und Bauchmuskeln, in dem Falle von Jovane neben allen 4 Gliedmassen, Rumpf-, Nacken- und die respiratorischen Hilfsmuskeln, der somit dem Spiller'schen Fall hinsichtlich der Ausdehnung des Prozesses gleicht. Wenn Rosenberg bezüglich der Prognose aus der Tatsache, dass das

Digitized by Google

Leiden bei älteren Kindern noch nie konstatiert worden sei, den Schluss zieht, dass es kein letales sein kann, so dürfte ihm erstens entgegengehalten werden, dass der zweite Fall Berti's ein $5^1/_2$jähriges Kind war, zweitens aber, dass die beiden Kinder von Sorgente und das von Jovane starben, die ersteren am 37. resp. 15. Lebenstag, das letztere im 5. Monat, alle drei unter den Erscheinungen der Asphyxie. Sicher werden die Lebenschancen um so bessere, je leichter ein myatonisches Kind über die gefährliche frühe Lebensepoche hinwegkommt. In puncto Differentialdiagnose sei neben der Poliomyelitis anterior akuta, der Dystrophia muskulorum progressiva, der Myelitis und Polyneuritis vor allem auf die Pseudoparalysen bei Rachitis, Syphilis, Barlow'scher Krankheit hingewiesen.

H. Netter (Pforzheim).

Über Verknöcherung und Längenwachstum bei Morbus Basedowii. Von Israel Holmgren. (Fortschr. d. Med., Nr. 5, 1906.)

Holmgren, der eine Anzahl von Basedowfällen bei jugendlichen Individuen im Pubertätsalter zu beobachten Gelegenheit hatte, fand erstens, dass beinahe sämtliche eine Körpergrösse, erheblich über der mittleren, nicht nur ihres Alters, sondern sogar der Erwachsenen, darboten und zweitens, dass eine verfrühte Verknöcherung ihrer Epiphysenknorpel bei Röntgendurchleuchtung konstatiert werden konnte. Es ist schon lange bekannt, dass das durch Ausfall der Schilddrüsenfunktion im Kindesalter hervorgerufene infantile Myxödem mit Hemmung des Längenwachstum und Offenbleiben der Knorpelfugen verbunden ist. Beim Morbus Basedowii hat man gerade das Gegenteil zu verzeichnen. Es ist daher nach Holmgren im höchsten Grade wahrscheinlich, dass das hypernormale Längenwachstum bei juveniler Basedowischer Krankheit von einer exzessiven Funktion der Schilddrüse hervorgerufen ist. Dagegen ist diese Annahme in Bezug auf die verfrühte Verknöcherung der Knorpel kaum zutreffend. Die Beobachtungen Holmgren's erstrecken sich auf 10 Fälle im Alter von 12—21 Jahren (8 Mädchen, 2 Knaben).

H. Netter (Pforzheim).

Über einen Fall von foudroyanter Purpura bei einem Knaben von $2^1/_2$ Jahren. Von H. Audéond. (Rev. méd. de la Suisse Normande, 1906 Nr. 3).

Es handelt sich um einen Knaben von $2^1/_2$ Jahren, bei dem mitten in der besten Gesundheit eines Morgens eine Ecchymose in der linken Leistenbeuge auftritt. 2 Stunden später ist der ganze Körper mit kleinen dunkelroten Flecken besät; es besteht Anorexie und etwas Fieber.

Einige Stunden später wird das Allgemeinbefinden schlecht; die Gesichtsfarbe ist bleigrau, der Puls klein, die Extremitäten sind kalt, die ecchymotischen Flecken sind von Erbsen- bis Zweimarkstückgrösse. Das Kind wird ins Spital gebracht. Der Rumpf wird mit lauwarmen Wickeln und die Extremitäten mit warmen Tüchern umgeben; man verordnet eine stimulierende Mixtur von Ammon. acet. u. Rheum und man macht subkutane Kampferinjektion.

Kurz darauf um 5 Uhr nachmittags beträgt die Rektaltemperatur

Digitized by Google

40,6°, die Extremitäten werden kühl, der Puls ist unzählbar, der kleine Patient scheint viel zu leiden.

Um 7 1/2 Uhr hat die Purpura noch an Ausdehnung gewonnen; auf den Wangen finden sich violette Flecken von Handtellergrösse. An den Unterextremitäten stellen die Hämorrhagieen infolge subkutaner Diffusion ausgebreitete violette, fast schwärzliche Flächen dar; das Kind schreit ununterbrochen. Um 11 Uhr erreicht die Rektaltemperatur 41°. Eine Stunde später wird das Kind von Konvulsionen befallen, es fällt in Koma und stirbt um 1 Uhr morgens, 17 Stunden nach Beginn der Krankheit. von la Hausse (Kirchweidach).

Adenoide Vegetationen im frühen Kindesalter. Von J. Moure. (Rev. mens. des mal. de l'enf., Januar 1906.)

Moure ist überzeugt, dass adenoide Vegetationen im frühen Kindesalter oft übersehen werden. Ohrenschmerz und Herabsetzung des Hörvermögens sind in diesem Alter schwer zu erkennen, die Nasenobstruktion wechselt dem Grade nach von Zeit zu Zeit, und die Fälle werden gewöhnlich als chronische Koryza diagnostiziert. Beim Schreien oder während des Schlafes lässt ein solches Kind ein quakendes Geräusch, wie ein Frosch hören, die Diagnose ist leicht, wenn man daran denkt, dass chronische Koryza in Wirklichkeit in diesem Alter selten ist. Moure zögert nicht mit der Operation, 15 bis 20 Tage nach der Geburt sind ihm für den Eingriff nicht zu früh, wenn die Nasenobstruktion die Nahrungsaufnahme erschwerte, anderenfalls kann man den Eingriff bis zum 11. oder 12. Monat verschieben. Entzündungszustände sind eine Kontraindikation für einen operativen Eingriff. Obwohl Rezidive nach Operationen, die in diesem frühen Alter gemacht worden sind, im ganzen sehr selten sind, sollte man diese Kinder im Alter von 5 oder 6 Jahren wieder untersuchen. H. Netter (Pforzheim).

Über Gipskrystalle im menschlichen Harn. Von St. Lapinski. (Aus der med. Klinik Krakau. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 45, 1906.)

Dieser seltene, nach den Angaben des Verfassers bis jetzt erst 4mal erhobene Harnbefund betraf einen 11jährigen Knaben, bei dem die klinische Diagnose auf Tumor cerebri gestellt worden war. Die Sektion ergab eine Zyste des rechten Stirnlappens mit Hämorrhagie und Kompression des Gehirns. Bei der Aufnahme normal, enthielt das Sediment des trüben Urins bei einer späteren Untersuchung zahlreiche Prismen und Rosetten von schwefelsaurem Kalk. In ihrem Aussehen erinnern die Gipskrystalle an diejenigen von Tyrosin und Hippursäure, in Alkohol, Ammoniak und Schwefelsäure unlöslich, löslich in einer heissen Salzsäurelösung. Die Ursache für die Entstehung des Gipssediments glaubt Verf. in einer Verminderung der Alkalibasen suchen zu müssen, in der Weise, dass die Menge der letzteren nicht ausreicht, um die gesamte Schwefelsäure neben Chlor und Phosphorsäure zu binden. Infolgedessen geht der ganze Überschuss der freien Schwefelsäure mit dem auch in abnorm grosser Menge vorhandenen Kalk eine Verbindung ein. Was diese Ver-

Digitized by Google

minderung der Alkalibasen verursacht und worin eigentlich der Anlass zu dieser verminderten Alkaliproduktion liegt, sei es bereits im Blute, sei es im Bereich des Nierensekretes, lässt sich bis jetzt nicht sagen. In allen bis jetzt beschriebenen Fällen sind tiefe Ernährungsstörungen vorhanden gewesen; für diese Anschauung würde auch die Tatsache sprechen, dass in dem von Weintraud mitgeteilten und günstig verlaufenen Falle die im Beginn vorhandene stark saure Reaktion des Harns mit dem Moment der eintretenden Besserung der normalen Reaktion Platz machte. Eine grössere klinische Bedeutung kann dem Befund an Gipskrystallen im menschlichen Harn nicht beigemessen werden. H. Netter (Pforzheim).

Ueber Säuglingsfürsorge in Heim- und Armenpflege nach Ergebnissen der letzten 5 Jahre in der Unterkunft für hilfsbedürftigte Wöchnerinnen und deren Säuglinge zu Berlin. Von Dr. E. und Frau L. Oberwick. (Zeitschrift für Säuglingsfürsorge, Bd. I, Heft 5.)

Die Wöchnerinnenunterkunft wurde im Jahre 1899 geschaffen und hat seitdem 920 Mütter und 911 Kinder beherbergt; in den letzten 5 Berichtsjahren 644 Mütter und 635 Kinder. Von diesen Müttern verbrachten 244 = 40,4 Proz. ihre Kindheit unter anormalen Verhältnissen d. h. als Uneheliche, als voll Verwaiste, als Stiefkinder oder als Kinder aus geschiedenen Ehen. 402 (!) von 604 ledigen Müttern waren Dienstmädchen. In 634 Fällen wurde festgestellt, ob die Mutter in den letzten 3 Wochen vor der Entbindung noch gearbeitet hatte, und es liess sich danach ein deutlicher Einfluss auf das Gewicht der Kinder erkennen; so betrug z. B. die Zahl der Kinder mit einem Gewicht bis 2000 g bei den Müttern, die bis zur Entbindung gearbeitet hatten, 7 Proz., bei denen aber, die nicht so lange gearbeitet hatten nur 4,5 Proz., ebenso verhielten sich die Prozentzahlen der Kinder bis 2500 g wie 16,5 Proz. : 10,1 bis 3000 g 30,3 : 30,8 u. s. w.

Die Aufenthaltsdauer war sehr wechselnd; Zunahmen wurden in 88,3 Proz. der Fälle erzielt, und in 77,6 Proz. der Fälle konnten die Mütter ihre Kinder selbst nähren, wobei besonders beachtenswert ist, dass es in 7,7 Proz. gelang, die natürliche Ernährung erst nach der Aufnahme im Heim, d. h. also nach dem 10. Tage noch in Gang zu bringen. Zahlreiche Kinder wurden in krankem Zustande eingeliefert; besonders auffällig ist die hohe Zahl von Bednar'schen Aphthen (127!) gegenüber den Darmkatarrhen (29), Erkrankungen der Luftwege (15) u. s. w., eine Zahl die um so mehr auffallen muss, als von den 644 Fällen 518 aus der Charité und der kgl. Universitätsfrauenklinik und 82 aus dem Wöchnerinnenheim am Urban eingeliefert wurden.

Das Schicksal der Kinder nach der Entlassung war überraschenderweise nur in ziemlich geringem Masse von der Verpflegungsart abhängig. Es lebten von 567 Kindern, bei denen Ermittelungen möglich waren, nach einem Jahre noch 375 = 66 Proz., gestorben waren 33,8 Proz. Von den in Haltepflege gegebenen Kindern starben 31,1 Proz., von den zu den Müttern entlassenen 26,6 Proz,, von den zu Verwandten gegebenen 32,3 Proz. und von den in Waisenpflege befindlichen 30,2 Proz. Von grossem Einfluss war die Aufenthaltsdauer in der Anstalt, dergestalt,

Digitized by Google

dass z. B. die Zahl der nach nur 14 tägigem Aufenthalt entlassenen in der Mortalitätsstatistik 52,9 Proz., nach 28 tägigem Verbleiben 34 Proz., nach 60 tägigem 25,3 Proz. u. s. w. betrug.

Besonders nachdrücklich weist die Studie auf die grossen Schwierigkeiten hin, die die Unterbringung der syphilitischen Säuglinge bereitet und schlägt deshalb für diese die Gründung von Abteilungen oder Anstalten nach dem Vorgange von Welander vor. Eine solche Anstalt müsste syphilitische Ammen halten, die Kinder bis zum Latenzstadium verpflegen, nach der Entlassung durch Dauerkontrolle überwachen und bei eintretenden Rezidiven von neuem aufnehmen.

Zum Schluss fordern die Autoren eine Vermehrung des Schutzes für die uneheliche Mutter und deren Kind durch Mutterschaftskassen oder Mutterschaftsversicherung und Ausdehnung der Wöchnerinnenunterstützung auf 3 Monate für den Fall des Stillens. Baron (Dresden).

Gesundheitspflege.

Die Kommission zur Berichterstattung über die von Prof. Dr. A. Hartmann-Berlin dem Ärztetage in Halle vorgelegten Leitsätze btr. „Unterweisung und Erziehung der Schuljugend zur Gesundheitspflege“ und die zu diesen gestellten Anträge beabsichtigt dem diesjährigen Ärztetage in Münster folgende Thesen vorzuschlagen, zu denen indessen zuvor noch der Geschäftsausschuss Stellung zu nehmen haben wird:

„1. Die heranwachsende Jugend muss durch die Schule mit den Regeln der Gesundheitspflege vertraut gemacht werden.

Ein richtiges Verständnis der Gesundheitspflege ist die Vorbedingung für zweckmässige Anwendung derselben; diese führt zur Hebung der Volksgesundheit, der Volkswohlfahrt und der Volkswehrkraft und mehrt dadurch den Volksreichtum.

2. Bei Ausbildung aller Lehrkräfte für Volks- und höhere Schulen muss die Gesundheitspflege einen besonderen Unterrichtsgegenstand bilden.

Zu diesem Unterrichte sind in erster Linie die Ärzte berufen, welche durch ihre Ausbildung und durch ihren Beruf die Gewähr dafür bilden, dass dieser Unterricht ein zweckmässiger ist.

3. Bei jedem geeigneten Unterrichtsstoffe sind die Schüler auf die Gesundheitspflege hinzuweisen und zur dauernden Betätigung ihrer Regeln anzuhalten.

In die Lesebücher sämtlicher Schulen sind geeignete Kapitel über Gesundheitspflege aufzunehmen.

Digitized by Google

4. Ein besonderer Unterricht über Gesundheitspflege ist hauptsächlich für ältere Schüler wünschenswert.

   An Schulen mit Fachlehrsystem ist der Unterricht in der Gesundheitspflege durch eigenen Fachlehrer, womöglich durch einen Arzt, zu erteilen.

5. Behufs zweckmässiger Durchführung der Unterweisung und Erziehung der Schuljugend ist die Mitwirkung der Ärzte in den Schulbehörden erforderlich."

Die Herren Prof. Dr. Königshöfer-Stuttgart und Dr. Stephany-Mannheim werden die Begründung dieser Thesen ausarbeiten und noch vor dem Ärztetage veröffentlichen. S.

Rezensionen.

Briefe eines Arztes an eine junge Mutter. Von Dr. Wilh. Plath. Neu herausgegeben vom San.-Rat Dr. Aug. Rossmann. 8. Aufl. Braunschweig, 1905. Fr. Vieweg u. Sohn.

Das Pl.'sche Buch war s. Z. sehr beliebt und verbreitet. Der Herausgeber hat es aber nicht verstanden, „den Inhalt mehr und mehr auf den wachsenden Stand der Erfahrung und Wissenschaft zu bringen". So schleppt er noch eine Anzahl alter falscher Anschauungen über Ernährung und Pflege der Kinder mit, namentlich bei dem Kapitel über die Zahnung. S.

Die Milch. Ein grosses Nahrungs- und Heilmittel. Von Dr. Ad. Alf. Michaelis. 8° XVI u. 190 S. Stuttgart, 1906, Hans Bleher.

Verf. will mit dem vorliegenden Werkchen eine populäre Darstellung über die Milch vom neuesten wissenschaftlichen Standpunkte aus liefern. In 7 Kapiteln enthält es zunächst eine allgemeine Schilderung der Bedeutung der Milch als Nahrungsmittel, dann die Physiologie der Milch, die Milch als Krankheitserreger, die Milch in ihrer Bedeutung für die Säuglingsernährung, die Milch als diätetischer Faktor und schliesslich als Heilmittel. In dem Bestreben, die Milch gewissermassen als Allheilmittel hinzustellen, ist Verf. wohl etwas zu weit gegangen. Im allgemeinen aber hat er ein wertvolles, das Wissenswerteste über die Milch in vorzüglicher Weise darstellendes Buch geliefert. S.

Der Ärztestreik. Roman aus dem Leben. Von S. Luss. Mannheim, 1906. Dr. H. Haas G. m. b. H. Preis 2,50 Mk. brosch.

Der die wirtschaftlichen Kämpfe der Ärztewelt der Gegenwart

Digitized by Google

in packender Form schildernde Roman dürfte mit regem Interesse aufgenommen werden. Verf. hat mit klarem Auge die Kämpfe der Ärztewelt beobachtet und stellt sich als warmer Freund derselben in seiner z. T. wohl der Wirklichkeit abgelauschten Erzählung vor, wofür ihm Dank gebührt. S.

Die Physik im Dienste der Medizin mit besonderer Berücksichtigung der Strahlungen. Von Ing. Fr. Dessauer und Dr. med. P. Franze. Sammlung Kösel, Bd. 9. Kempten und München, 1906. Jos. Kösel. Preis 1 Mk.

Die „Sammlung Kösel", von der das vorliegende Büchelchen den 9. Band bildet, will auf zuverlässige, leichtfassliche und fesselnde Art in die wichtigsten Gebiete des theoretischen Wissens und der praktisch-technischen Weltkunde einführen. Von diesem Prinzipe ausgehend, haben es die Verff. in vorzüglicher Weise erreicht, dem Leser die diagnostische und therapeutische Anwendung der Physik in der Medizin, auf neuester wissenschaftlicher Grundlage basierend, zur Darstellung zu bringen. S.

Die Hebammengesetze in Preussen. Gesetze, Verordnungen und Entscheidungen für den praktischen Gebrauch zusammengestellt von Rechtsanwalt Georg Meyer. 8°. 73 Seiten. Halle a. S. 1906. Verlag der Buchhandlung des Waisenhauses. Preis 0,90 Mk.

Die die Hebammen betreffenden Paragraphen der Reichsgewerbeordnung, des Gesetzes über die Beurkundung des Personenstands, des Reichsstrafgesetzbuches und der Zivilprozessordnung werden angeführt und erläutert. Ebenso die Allgemeine Verfügung des Ministers der Medizinalangelegenheiten vom 6. August 1883. Alsdann folgt die neue Dienstanweisung für die Hebammen im Königreich Preussen. Die Taxe für die Bezirkshebammen des Regierungsbezirkes Merseburg und ein ausführliches Sachregister machen den Beschluss. Romeik (Mohrungen).

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Über den physiologischen Hätscher bei Säuglingen. Von V. Thevenet.

Thevenet kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Schlusse, dass beim Säuglinge von normalem Aussehen der sogenannte physiologische Hätscher die Folge eines Reflexes ist, der im allgemeinen den Magen und speziell dessen Mukosa zum Ausgangspunkte hat. Derselbe muss als ein Zeichen relativer Überladung des Magens angesehen werden, mag es sich um eine besondere Empfindlichkeit des Organes (bei dem ersten Schlucken Wassers nach der Geburt)

Digitized by Google

handeln oder mag tatsächlich ein Exzess in der eingeführten Quantität stattgefunden haben. — Derselbe zeigt im direkten Verhältnisse zu seiner Frequenz an, dass die eingeführten Mengen, die übrigens noch sehr gut verdaut werden, zum mindesten genügend sind und dass die Grenze der Verdauungsfähigkeit des Magens erreicht ist oder im Begriffe ist erreicht zu werden.

(Lyon. med. 1906.) von la Hausse (Kirchweidach).

Über Leukozytose in der Broncho-Pneumonie, der Pneumonie und dem Empyem der Kinder. Von H. Heimann.

Auf Grund der Blutuntersuchung bei 50 Kindern kommt der Autor zu folgenden Schlüssen:

In der Bronchopneumonie ist konstant eine starke Leukozytose vorhanden, die weder durch die Ausdehnung der Veränderungen, noch durch die Intensität des Fiebers beeinflusst wird. Im allgemeinen muss der Mangel der Leukozytose im Augenblicke des Verschwindens der Lungensymptome das Auftreten einer Komplikation oder das Bevorstehen des Exitus lethalis befürchten lassen.

In der Pneumonie ist die Leukozytose konstant und kaum stärker als die bei der Bronchopneumonie beobachtete. Sie wird durch die Temperatur nicht beeinflusst, aber sie ist um so stärker, je ausgedehnter die krankhaften Veränderungen sind. Sie erreicht vor der Deferveszenz ihr Maximum. Ihr Fehlen in diesem Augenblicke zeigt oft das Bevorstehen einer Komplikation an.

Eine starke Leukozytose bezeichnet den Beginn des Empyems.

(Arch. of Ped. 1906.) von la Hausse (Kirchweidach).

Kleine Mitteilungen.

Die von den Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer u. Co. in Elberfeld neuerdings hergestellte Guajacol-Somatose dürfte die Eigenschaften eines Medikamentes mit dem eines hervorragenden Kräftigungsmittels in sehr rationeller Weise in sich vereinigen. In dem Guajacol — dem wirksamen Bestandteil des Kreosots — enthält sie ein Mittel, welches bei der Behandlung beginnender Lungenleiden gute Erfolge aufzuweisen hat. In der Somatose, die als ein leicht assimilierbares appetitanregendes Fleisch-Eiweisspräparat bekannt ist, ist das G. zudem an Kalzium gebunden, wodurch das Medikament wesentlich an Giftigkeit verloren hat. Die G.-S. ist flüssig. Bei Tuberkulose, Lungenentzündung, Bronchialkatarrh etc. dürfte ihr Gebrauch gut am Platze sein. Die Tagesdosis für Erwachsene ist 3—4, für Kinder 1—2 Teelöffel voll, im Anschluss an die Mahlzeiten.

Verlag von Benno Konegen, Leipzig. — Druck von Julius Beltz, Hoflieferant, Langensalza.

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Sanitätsrat Dr. Sonnenberger in **Worms.**

erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

XVIII. Jahrg. **Juni 1907.** **No. 6.** (210.)

Inhalt: Originalien: **Kühner,** Kindersterblichkeit und Milchversorgung. 121. — Referate: **Vulpius,** Tuberkulöse Koxitis. 132. — **Sigard,** Tuberkulöse kommunizierende Hydrozele. 133. — **Feliciano,** Meningitis bei Parotitis. 134. — **Rivet,** Gewichts- und Temperaturkurven bei den Gastro-Enteritiden der Kindern. 135. — **v. Starck,** Barlow'sche Krankheit. 136. — **Skukowsky,** Melaena neonatorum. 137. — **Bériel,** Über einen Fall von spontaner geburtshilflicher Facialis-Paralyse. 138. — **Manchos,** Phosphorernährung und Therapie im Kindesalter. 139. — Gesundheitspflege: **Neumann,** Der Berliner Kinderschutzverein. 141. — **Siegrist,** Untersuchung der Augen schulpflichtiger Kinder vor dem Schuleintritt. 141. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 142. — Kleine Mitteilungen. 144.

Nachdruck mit **genauer** Quellenangabe gestattet. — Separatabdrücke verboten.

Kindersterblichkeit und Milchversorgung.

Von Dr. A. Kühner (Koburg).

Allgemeines.

Die Tatsache der erschreckend hohen Kindersterblichkeit in Deutschland ist allgemein bekannt. Unwissenheit und Indolenz liegen dieser öffentlichen Kalamität zum grossen Teil zu Grunde. Immer tiefer und verbreitender muss die Kenntnis ins Volk, in Haus und Familie getragen werden, dass manche Ursachen der grossen Kindersterblichkeit, insbesondere fehlerhafte, unzureichende Milchversorgung als Ursache jener Kalamität, vermeidbar sind. Aus diesem Grunde ist unser auf die neueste Literatur und reiche eigene Erfahrungen sich stützender Beitrag als Kindersterblichkeit und Milchversorgung betitelt worden. Zunächst sei die hierbei benutzte neueste Literatur hervorgehoben.

Literatur.

Die Milch und ihre Bedeutung für Volkswirtschaft und Volksgesundheit, dargestellt im Auftrage der wissenschaftlichen Abteilung der allgemeinen Ausstellung für hygienische Milchversorgung. Hamburg, 1903. Verlag von C. Boysen

Digitized by Google

in Hamburg. Preis M. 6. Dieses Originalwerk enthält eine grosse Anzahl schöner von Autoritäten verfasster, unser Thema betreffender Aufsätze, unter denen wir hervorheben den von Dr. v. Ohlen verfassten Beitrag über Kindersterblichkeit und Milchversorgung (S. 241 bis 332), woselbst auch die ganze bis dahin reichende Literatur. Einige inzwischen erschienene Sonderschriften werde ich im Laufe des Textes benennen.

In demselben Verlage sind erschienen:

Die Milchküche der St. Gertrud-Gemeindepflege in Hamburg 1889—1904. Erfahrungen und Ergebnisse auf dem Gebiete der Säuglings-Ernährung. Festschrift zur Eröffnung des neuen Hauses der St. Gertrud-Gemeindepflege. Von Dr. med. Manchot. 1905. Die Säuglings-Milchküchen der Patriotischen Gesellschaft in Hamburg. Erster Jahresbericht 1904/5 erstattet von Physikus Dr. Sieveking. 1906.

Die Milch. Ein grosses Nahrungs- und Heilmittel. Von Ad. Alf. Michaelis. Stuttgart. Verlags- und Handelsdruckerei Hans Bleher, 1906.

Infantile mortality and its principal causedirty milk. By Charles Harrington M. D. Prof. of. Hygiene in the Harvard Medical School, Boston, Mass. The American Journal of the medical Sciences. Dezbr. 1906.

Das Kind, seine geistige und körperliche Pflege bis zur Reife. Herausgegeben von Ph. Biedert. 1906. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 5 Lieferungen.

Statistik.

In Bezug auf Kindersterblichkeit nimmt Deutschland die zweitgrösste Stelle ein und wird nur noch von Russland übertroffen, wo in manchen Distrikten die Sterblichkeit auf 1000 Geburten 500 überschreitet und im ganzen 270 beträgt. Die deutschen Sterblichkeitsziffern betrugen innerhalb der fünf Jahre 1901 bis 1905: 216, 184, 202, 204, 204. Die Sterblichkeit war besonders hoch in Bayern (264), Sachsen (247), Sachsen-Altenburg (266), Reuss ältere Linie (247), Reuss jüngere Linie (250).

Die Kindersterblichkeit ist also in verschiedenen Gegenden, sei es Stadt oder Land, auch in zivilisierten Staaten verschieden gross. In Deutschland zieht sich z. B. durch Württemberg und Bayern an der Donau entlang ein Strich mit sehr hohen Sterblichkeitsziffern. Im ganzen Deutschen Reich nehmen die höchste Stufe unter den Städten wohl Ingolstadt mit einer durchschnittlichen Sterblichkeit (1886—1895) von 409 und unter den Landgebieten das Bezirksamt Parsberg in der Oberpfalz mit einer solchen von 460 (1895) ein. Kurz, von den rund 4 Millionen Kindern, die in Deutschland jedes Jahr geboren werden, erreichen 20% nicht das erste Lebensjahr. Um noch grössere Ziffern heranzuziehen, berechnete Eröss*), dass in 13 europäischen Staaten von 40833100 lebend geborenen Kindern im ersten Lebensjahr 7708978 d. i. 18,3% starben. Das Säuglingsalter macht etwa $^1/_{38}$ der durchschnittlichen Lebensdauer aus, die Sterblichkeit im ersten Lebensjahr, zu annähernd 20% gerechnet, beträgt mehr als ein Viertel der allgemeinen Mortalität. Daher ist die Sterblichkeit der Säuglinge eine der wesentlichsten Ursachen für die Schwankungen der allgemeinen Bevölkerungszahl.

A. Ursachen der Säuglingssterblichkeit.

Unter den Ursachen der Säuglingssterblichkeit treffen wir unveränderliche und vermeidbare, sowie solche, die gemischten Ursprungs. Bei unserer Aufgabe werden wir nur letztere beiden ausführlicher betrachten,

*) Eröss, Die Sterblichkeitsverhältnisse der Neugeborenen und Säuglinge. Zeitschrift f. Hygiene. 1895. 19. Bd.

Digitized by Google

um auf diese unsere Massregeln zur Abhilfe zu stützen, dagegen die unabänderlichen Faktoren nur kursorisch aufzählen.

Überall ist der Mensch das Produkt seiner Veranlagung und seiner Umgebung. Ebenso entscheidet für die Säuglingssterblichkeit zunächst das, was er mitbringt und was er erwirbt durch seine Umgebung.

I. Erblichkeit. Als erbliche Belastung kommen Tuberkulose und Syphilis in Betracht. Namentlich aber kommt die nervenzerstörende Einwirkung der Genussmittel des modernen Kulturlebens, vor allem des Alkohols auf die Erzeuger und vermöge dieser auf das Kind zur Geltung.

Ist die Widerstandskraft des Kindes gering, wie dies bei sehr vielen der Fall, so stirbt es schon beim Übergange oder infolge des Überganges vom intrauterinen zum extrauterinen Leben. Ist das Kind aber infolge seiner angeborenen Lebensenergie imstande, diesen Übergang und den dabei notwendigerweise eintretenden Wechsel der Umgebung zu überstehen, so bleibt es am Leben oder unterliegt äusseren Schädlichkeiten.

II. Umgebung. a) Klima und meteorologische Einflüsse sollen hier nur insoweit zur Sprache kommen, als sie der Abänderung zugänglich sind.

1. Temperatur. Die Wichtigkeit dieses Faktors wird allseitig hervorgehoben. Es ist eine längst bekannte, jedem Arzt geläufige Tatsache, dass die Sommerhitze einen unheilvollen Einfluss auf die Kinder des ersten Lebensjahres ausübt. Man nennt diesen steilen Anstieg der kindlichen Sterblichkeitskuren im Hochsommer, den sogenannten Sommergipfel oder kurz nach Biedert den Sommertod im Gegensatz zum Wintergipfel, dem maximalen Anstieg der Säuglingssterblichkeit in der kalten Jahreszeit. Nun ist es aber sehr auffällig, dass dieser Sommergipfel an verschiedenen Orten des Deutschen Reiches ganz verschieden hoch ist, dass die Gefährdung, welche der Säugling durch die Hitze erfährt, in verschiedenen Städten in einer ganz merkwürdigen Weise differiert. In der nachfolgenden Tabelle habe ich nach der neuesten Statistik von Schlossmann*) zusammengestellt, wie viele von je 100 sterbenden Säuglingen in den verschiedenen Kalendermonaten in Düsseldorf, Dresden und München in den Jahren 1903 bis 1905 verstorben sind:

Tabelle.

Von allen im ersten Lebensjahr in den Jahren 1903—1905 Verstorbenen starben

	in Düsseldorf	in Dresden	in München
Januar	6,7 %	7,4 %	7,9 %
Februar	5,2 „	7,4 „	7,4 „
März	5,8 „	7,7 „	8,1 „
April	5,2 „	7,2 „	7,8 „
Mai	5,4 „	6,9 „	7,9 „
Juni	6,4 „	6,9 „	7,7 „
Juli	**18,3 „**	**11,3 „**	**10,0 „**
August	**22,4 „**	**16,2 „**	**10,6 „**

*) Statistik und Säuglingsfürsorge. Münch. med. Wochenschrift Nr. 1. u. 2. 1907. In den beiden ersten Januarnummern dieser Zeitschrift finden sich über Säuglingssterblichkeit und Säuglingsfürsorge mehrere vortreffliche Arbeiten, denen wir einiges entnehmen.

Digitized by Google

	in Düsseldorf	in Dresden	in München
September	**9,1** „	**11,1** „	**9,7** „
Oktober	6,0 „	6,2 „	8,2 „
November	5,5 „	5,6 „	7,5 „
Dezember	5,7 „	6,2 „	6,9 „

Wir werden aus diesem Zahlenverhältnis einige Massregeln zur Bekämpfung der Sterblichkeit ableiten.

b) Soziale Verhältnisse.

1. Geburtenzahl. Die Höhe der Geburtenzahl ist von ausschlaggebender Bedeutung für die Höhe der Kindersterblichkeit.

Nach Biedert erfolgten:

	Auf 1000 Lebende Geburten:		Auf 1000 lebend Geborne Todesfälle im 1. Lebensjahr:	
in Frankreich	87/91	23,0	84/93	167
„ Irland	„	22,8	„	96
„ Belgien	„	29,3	„	163
„ Schweiz	„	27,7	„	164
„ Schweden	„	28,4	„	107
„ Dänemark	„	31,3	„	134
„ Norwegen	„	30,8	„	95
„ England	„	31,3	„	146
„ Holland	„	33,4	„	175
im Mittel	„	**31,1**	„	**186**
in Italien	„	37,6	„	190
„ Bayern	„	35,9	„	279
„ Österreich	„	38,0	„	249
„ Preussen	„	37,2	„	208
„ Sachsen	„	41.8	„	283
„ Württemberg	„	43,9	„	261
„ Eur. Russland	„	47,3	„	268.

Mit der Geburtenhäufigkeit sieht man nach dieser Tabelle mit Ausnahme von Frankreich, das durch schlechte und Norwegen, das durch gute Kindersterblichkeit sich auszeichnet, auch die Kindersterblichkeit ansteigen.

Ebenso wechselt die Sterblichkeit nach dem Kinderreichtum der Ehen*). Von 100 Kindern sind in Kopenhagen gestorben in Ehen mit einer Dauer von

Ehen mit	5 – 9 Jahren	10 – 14 Jahren	35 Jahren u. darüber
1 Kind	16,8	20,0	20,2
2 Kindern	20,8	19,1	33,5
3 „	22,5	25,1	32,5
4 „	25,5	23,1	31,7
5 „	34,2	24,5	36,1
6 „	38,6	31,1	39,6
7 „	46,1	35,8	41,1
8 „	54,5	40,3	39,1
9 „ u. mehr	63,2	52,5	44,0
zusammen	27,8	30,9	39,6

*) Rubin und Westergaard. Statistik der Ehen 1890.

Digitized by Google

Man sieht, dass in jeder Ehereihe ein enger Zusammenhang zwischen der ehelichen Fruchtbarkeit und der Sterblichkeit der Kinder besteht. Je grösser die eheliche Fruchtbarkeit, desto höher ist, und zwar in progressiver Steigerung, die Sterblichkeit.

2. Wohlstand, Stand und Beruf. Nun haben aber die armen Leute die meisten Kinder und daher die meisten Todesfälle der Säuglinge, während bei den wohlhabendsten Klassen die Sterblichkeit der Säuglinge am geringsten ist, diese haben die wenigsten Kinder.

Eröss*) zeigt bezüglich 7, 681, 839 in den Jahren 1886—1892 in Preussen lebend geborener Kinder, dass die Zahl der von 0—1 Jahr Gestorbenen je nach der sozialen Stellung der Eltern beträgt für:

Soldaten	15 %
öffentliche Beamte	16 „
Privatbeamte	17 „
Selbstständige im Berufe	18 „
Gehilfen, Gesellen u. Fabrikarbeiter	20 „
Rentner u. Pensionäre	21 „
Tagelöhner	22 „
Dienstboten, Knechte u. Mägde	30 „
Almosenempfänger	36 „

Armut, Geburtenhäufigkeit und Kindersterblichkeit gehen Hand in Hand.

3. Eheliche und aussereheliche Geburten. Gegenüber den bekannten Annahmen, dass uneheliche Kinder eine weit grössere Sterblichkeit aufweisen als eheliche, kommt Dr. Spann in einem auf der diesjährigen Generalversammlung des Bundes für Mutterschutz gehaltenen Vortrag über unsere gegenwärtigen Kenntnisse von den Lebensbedingungen und dem Schicksal der unehelichen Kinder zu dem Schluss, dass die Lage der unehelichen Kinder um so besser, je grösser in einer Gegend ihre Gesamtziffer ist, denn dann gehört dort, wie in Oberbayern, schon die Unehelichkeit zu einer gewissen Regel, hat nicht mehr so viel Auffälliges und bildet eine Art wirtschaftlichen Normalzustandes. In diesen Gegenden ist die Unehelichkeit vielfach auch nur eine provisorische, mancherorts gibt es geradezu den Begriff des Brautkindes, auf den sogar das Reichsversicherungsamt in seiner Rechtsprechung Rücksicht genommen hat. Es sind drei Gruppen von unehelichen Kindern zu unterscheiden: 1. solche Kinder, die dauernd unentgeltlich bei Verwandten der Mutter oder in der Familie der Grosseltern verpflegt werden. Bei diesen ist die Sterblichkeit ungefähr die gleiche wie bei den ehelichen Kindern. 2. Haltekinder — das sind solche, die dauernd gegen Entgelt in fremden Familien verpflegt werden — weisen eine doppelt so grosse Sterblichkeit auf. Bei der 3. Gruppe, den Vollwaisen, ist die Sterblichkeit eine dreifach grosse. Auch der Niederkunftsort ist für das fernere Gedeihen der Kinder wichtig. Am schlimmsten liegen die Verhältnisse bei den Dienstmädchen. Am besten sind die Kinder aufgehoben, die in verwandten Familien oder — wenn ihre Mutter einen anderen Mann heiratet — in einer sogenannten Stiefvaterfamilie aufwachsen. Ihre Verhältnisse kommen, was Berufsausbildung und Militärtauglichkeit betrifft, den der ehelichen

*) Die Sterblichkeitsverhältnisse der Neugeborenen und Säuglinge. Zeitschr. f. Hygiene 1895. 19. Bd.

Digitized by Google

am nächsten. Am schlimmsten sind die Kinder daran, die allein unter Fürsorge der Mutter aufwachsen. Hier findet sich eine erhöhte Sterblichkeit in allen Altersklassen, geistige und körperliche Degeneration und erhöhte Kriminalität. Viel besser sind dann schon die Kinder gestellt, wenn sie von vornherein in öffentliche Waisenpflege kommen. Für das uneheliche Kind ist es im allgemeinen besser, die Mutter stirbt, als sie bleibt am Leben, ohne sich zu verehelichen. Zur Besserung der Lage der unehelichen Kinder ist die Berufsvormundschaft dringend zu empfehlen. Die rechtlichen Schritte müssen möglichst schleunigst getan werden, ehe der Vater den neuen Verhältnissen wieder entfremdet ist.

4. Dichtigkeit der Bevölkerung. Je dichter die Bevölkerung eines Landes, desto höher die Säuglingssterblichkeit. Daher sterben durchschnittlich mehr Kinder in Industriestaaten und in den Städten, als in den Agrarstaaten und auf dem Lande, vorausgesetzt, dass letzteres nicht auch dichte Bevölkerung zeigt.

5. Luft und Wohnung. Für Graz hat 1898 Prausnitz festgestellt, dass in mehr als der Hälfte der Wohnungen, in denen Säuglinge an Magendarmerkrankungen gestorben waren, weniger als 15 cbm Rauminhalt auf die Person kamen, also als übervölkert anzusehen waren.

Ferner wurden von diesen Wohnungen als

durchlüftbar gefunden 27 %,
teilweise durchlüftbar 7 „
nicht durchlüftbar 65 „

6. Natürliche und künstliche Ernährung. Im Jahre 1903 betrug die Sterblichkeitsziffer in Preussen von 143 für Barmen bis 357 für Danzig. Im Jahre 1904 hatte wiederum Barmen die niedrigste Sterblichkeitsziffer und war für die zwölf Monate, endend den 30. Juni 1906 in dieser Hinsicht nur noch übertroffen von Cassel, welche im Vergleich zum Jahre 1904 grosse Fortschritte zeigte, indem damals die Ziffer 163 und jetzt 127 betrug. Die Ausnahmestellung von Barmen wird von Kriege & Sentemann*) haupsächlich zuerkannt dem hohen Prozentsatz der natürlichen Ernährung, welche 15 % an zum Teil an der Brust ernährten Kindern im Vergleich zu 22 % künstlich ernährten betrug. In Graz kamen nach Heele**) während der Jahrgänge 1903 und 1904 170 Todesfälle infolge von Diarrhöen vor. Unter dieser Zahl waren nur vier mit Muttermilch genährte Kinder, 48 waren zum Teil solche, 117 waren ganz künstlich ernährte und in einem Fall war die Art der Ernährung unbekannt.

In Australien sterben nach A. J. Turner***) während der Sommermonate in Brisbane mehr als die Hälfte der künstlich ernährten Kinder und Eleanor Bourne, Arzt am Kinderhospital in Brisbane sagt, dass die grössere Anzahl der in das Hospital aufgenommenen Kinder nur an ungeeigneter Ernährung litt.

Mit dieser Betrachtung haben wir bereits den dritten und wesentlichen Faktor der grossen Kindersterblichkeit beregt.

III. Die krankmachende Schädlichkeit. Diese ist die eigentliche causa movens der grossen Kindersterblichkeit; die anderen sind nur Beihilfen.

*) Zentralblatt f. allg. Gesundheitspflege 1906, XXV.
**) Archiv f. Hygiene 1905, VI, 18.
***) Journal of hygiene, April 1906.

Digitized by Google

Ausser den Erkältungs- und Infektionskrankheiten, welche im Kindesalter das Feld beherrschen, kommen namentlich die Magendarmerkrankungen in Betracht.

Vergleicht man die Zahl derjenigen, die noch nicht 1 Jahr alt den Magendarmerkrankungen zum Opfer fallen, mit der Zahl derer aus allen übrigen Altersklassen, welche durch solche Krankheiten dahin gerafft werden, die für unser Klima als die am meisten mörderischen gelten, so starben

Kinder unter 1 Jahr
an
Magendarmkrankheiten u. s. f.
140 974
in allen Altersklassen von 16 bis 60 Jahren

an Tuberkulose der Lunge 103 425 | an Altersschwäche 107 260 | an Diphtherie und Krupp 24 301.

Mehr Kinder starben also unter 1 Jahr an Magendarmkrankheiten als alle sonst im Deutschen Reich Lebenden an Tuberkulose und 6 mal mehr an Magendarmkrankheiten als an der sonst gefürchtetsten Seuche des Kindesalters, der Diphtherie. Dazu kommt noch, dass an vielen Kindern keine Todesursache ärztlich beglaubigt ist und dass viele Kinder nach Aussage des Arztes an Krämpfen sterben, die oft nichts weiter sind, als der Ausdruck einer bestehenden Magendarmstörung. Kurz, die Magendarmkrankheiten und ihre Folgen, namentlich Atrophie der Säuglinge bilden bei weitem den Hauptprozentsatz der Todesursachen, die bei der Sterblichkeit der Kinder unter 1 Jahr überhaupt in Betracht kommen. Die Magendarmkrankheiten haben aber ihre Ursache in der Nahrung. Es ist ein Verdienst von Böckh*) anlässlich der neuesten Volkszählungen für Berlin diese Tatsache zahlenmässig nachgewiesen zu haben.

Nach Böckh starben von 1000 lebenden Kindern in jedem Alter von 1—11 bezw. 12 Monaten des ersten Lebensjahres der Kinder unter verschiedener Ernährung folgende:

Es starben pro Mille durchschnittlich in jedem Monat	1885 1.–11. Monat	1890 1.–12. Monat	1895 1.–12. Monat
Von Kindern, die ernährt wurden durch:			
Muttermilch	7	7	6
Ammenmilch	7	5	6
Brustmilch und Tiermilch	23	54	40
Tiermilch allein	45	43	38
Brustmilch und Surrogate	70		35
Brustmilch, Tiermilch und Surrogate	213	134	50
Tiermilch und Surrogate	128	—	46
Surrogate allein	74	56	92
andere Nahrung	28	29	18
Zusammen	27	25	23

*) Böckh, Statistische Jahrbücher der Stadt Berlin.

Digitized by Google

Aus dieser Tabelle folgt, dass in Berlin die meisten Kinder starben, wenn sie mit Kuhmilch und deren Ersatzmitteln, dass die wenigsten starben, wenn sie mit Muttermilch oder Ammenmilch ernährt wurden. Also liegt der Verdacht nahe, dass die Kuhmilch resp. deren Ersatzmittel an der hohen Kindersterblichkeit schuld sind. Diese Wahrscheinlichkeit besteht eben nicht nur für Berlin, sondern für ganz Deutschland, da dieselbe Beobachtung wie in Berlin zu wiederholten Malen in Deutschland zahlenmässig belegt worden ist. Da bei weitem die meisten Kinder bei uns auf Ernährung mit Kuhmilch angewiesen sind, so scheint also die Pflege und die Nahrung, um es kurz auszudrücken, dasjenige zu sein, von dem hierzulande die Kindersterblichkeit abhängt.

Berücksichtigt man hierbei die Tatsache, dass mit der Geburtenhäufigkeit auch die Kindersterblichkeit ansteigt, so unterliegt es keinem Zweifel, dass dieselbe in Stadt und Land zugenommen hat.

Die Bekämpfung der Kindersterblichkeit.

Im Brennpunkt aller sozialhygienen Bestrebungen steht heute die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Lawinenartig pflanzt sich unaufhaltsam die Bewegung fort in Stadt und Land, bei arm und reich, hoch und niedrig, bewegt alle Schichten der Bevölkerung, Ärzte, Laien, Private, Korporationen, kommunale und staatliche Behörden, und auf der ganzen Linie schreit es nach Abhilfe, nachdem die hohlen Phrasen verstummt sind, mit denen man sich Jahre hindurch einlullte und sein Gewissen salvierte, dass in der hohen Säuglingssterblichkeit ein naturnotwendiges Ventil gegen Übervölkerung und Überproduktion geschaffen sei, und nun im Gegenteil immer mehr und mehr die Erkenntnis Platz greift, dass die junge Kinderwelt ein volkswirtschaftliches Kapital repräsentiere, mit dem der Staat wohl oder übel rechnen müsse, soll er nicht alljährlich eine Einbusse von vielen Millionen durch ihren Massentod erleiden, und sich im Gegensatz zu früher dem sorgenvollen Ausblick in die Zukunft das Gespenst der Depopulation entrollen*).

Wer freilich als erfahrener Praktiker die Indolenz der Bevölkerung, die Schwierigkeiten, von welchen jede der bei dieser Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in Betracht kommenden Frage in ihrer praktischen Lösung umgeben ist, kennt, wird seine Erwartungen in Bezug auf diese Lösung nicht hoch spannen und dem traurigen Bekenntnis von v. Ohlen zustimmen, wenn er in seiner vortrefflichen Arbeit über Kindersterblichkeit und Milchversorgung sagt: „So scheint es denn wahr zu sein, dass alle Fortschritte der Wissenschaft und Technik, des Verkehrs und der staatlichen Fürsorge, der Hygiene und der Heilkunst es mit wenigen Ausnahmen nicht vermocht haben, die Sterblichkeit der Säuglinge im allgemeinen und an den Magendarmkrankheiten im besonderen herabzudrücken."

Überblickt man die Schwierigkeiten, die einer Besserung der Säuglingssterblichkeit im Wege stehen, so begreift man die Resignation mancher Arbeiter auf diesem Gebiete. Viele betrachten eine hohe Geburtsziffer und grossen Kinderreichtum für ein sehr fragwürdiges nationales Gut.

*) Soltmann, O. Die Säuglingssterblichkeit im Krankenhaus. Aus der Universitätskinderklinik und Poliklinik zu Leipzig. Münchener mediz. Wochenschrift, Januar 1907.

Digitized by Google

Einmal muss ein kinderreicher Staat weit mehr Köpfe im unproduktiven Alter bis zu 10 bezw. 20 Jahren unterhalten, als ein kinderarmer, ausserdem leidet unter dieser Kapitalverwendung die Kraft und die Gesundheit der älteren Generationen un so mehr, als gerade die Armut die meisten Unmündigen zu versorgen hat. Daher ist der Tod der Säuglinge nach diesen Erwägungen eine Selbststeuerung der Volksvermehrung und eine Entlastung der im produktiven Alter von 20 bis 60 Jahren stehenden Individuen. Den Bestrebungen zur Beschränkung der Kindersterblichkeit stehen die Bestrebungen zur Beschränkung der Kinderzahl gegenüber; auch diese haben ihre Berechtigung. Schutz der durch Vielgeburten immer mehr herunterkommenden Mutter vor Krankheit und Tod, Abhilfe dem Pauperismus, dem Verbrechertum, dem sozialen Elend der Familie, das sind die Grundsätze, welchen jene Bestrebungen, die Anhänger der Lehre von Malthus, sich zu eigen gemacht. In allen modernen Kulturstaaten bricht sich immer mehr die Anschauung und Überzeugung Bahn, dass nur dann eine sittliche Berechtigung, sich fortzupflanzen, entsteht und besteht, wenn sich Aussichten eröffnen, die etwaigen Kinder vor Not zu schützen, ihnen ein genügendes Mass körperlicher und geistiger Pflege zu gewähren: Gesunder Mütter gesunde Kinder! Das ist das Endziel, welches sich der Arzt als Berater der Familien vorstecken, mit allen Mitteln, welche ihm Natur und Kunst bieten, zu erreichen suchen muss. Nicht viele, sondern wenige, aber gesunde Menschen werden zu lassen, das ist Aufgabe des Arztes, bei welcher ihm der Nationalökonom, jeder Menschenfreund gesinnungsvoll zur Seite steht. Sehr wahr äussert sich über diese Frage auch Mantegazza*): „Bei uns stellt sich die Frage nach der Moralität der Malthus'schen Beschränkung der Kinderzahl einfach folgendermassen: Wenn zwei menschliche Geschöpfe sich lieben, aber wegen der schlechten Gesundheit des einen oder beider mit grösster Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass aus ihrer Verbindung kranke Kinder hervorgehen werden, ist es dann schlimmer, epileptische, tuberkulöse oder rachitische Wesen zu erzeugen oder das Produkt zu verhindern?

Wenn bei übermässiger Vermehrung einer Familie fast unfehlbar vorauszusehen ist, dass die Kinder dem Hunger, der Verdummung, den Krankheiten anheimfallen, ist es denn eine grössere Sünde, die Zahl der Kinder zu beschränken oder die Leiden der Menschheit zu vermehren? Habt wenig Kinder, aber in diese giesst den Schatz eurer Liebe und eurer Kraft aus, gebt dem Vaterlande wenige, aber starke, gesunde und gebildete Bürger, bevölkert nicht die Armenhäuser und Spitäler mit Menschen, welche dem Leben fluchen und denen, die es ihnen gegeben haben. Wer krank oder zu arm ist, um mit gutem Gewissen mehrere Kinder ins Leben zu setzen, verhindere weitere Geburten und lerne sich begnügen. Ordnung, Wohlstand, Gesundheit, Elternglück werden die Folgen solchen Vorgehens sein!**)

Der Eintritt eines jungen Weltbürgers ins Leben begründet indes auch sein Recht aufs Leben und es ist sittliche Pflicht eines jeden, den dieses Leben angeht, dieses im Kampfe um sein Recht zu unterstützen.

*) Hygiene der Liebe.

**) Vergl. meine Schrift: Die Bevölkerungsfrage und ihre glückliche Lösung durch die Frau. Verlag von Wilh. Möller, Oranienburg. Preis 1 M.

Digitized by Google

Dazu müssen wir alle beitragen, nicht der Arzt allein, der die sozialen Schäden zu beseitigen am wenigsten in der Lage ist. So viel ist über die Ursachen der Säuglingssterblichkeit und die Notwendigkeit, sie zu bessern, geforscht und geschrieben worden, dass es Zeit ist, zu Taten überzugehen. Wir haben hier nur einen Anteil, aber gerade den wirksamsten, den einer sorgsamen Durchführung einer tadellosen Milchversorgung, von der Auswahl des Milchviehs und dem Moment des Melkens ab bis zum Munde des Säuglings, zu durchforschen, um eine Besserung der Kindersterblichkeit zu erzielen.

Zur Beschränkung der Kindersterblichkeit im allgemeinen muss man sehr weit ausholen, denn Schlossmann*), auf diesem Gebiete so erfahren, betrachtet als das wichtigste Fundament, auf dem sich alle Massregeln zum Schutze der Säuglinge aufbauen müssen: Verbesserung des pädiatrischen Unterrichtes als die billigste und beste Fürsorge für die Säuglinge. Solange der in die Praxis gehende Arzt sich die für ihn so nötigen Kenntnisse in diesem Teile der Pädiatrie autodidaktisch nur auf Kosten seiner Mitmenschen erwerben muss, fehlte jenes wichtigste Moment. Als zweites Fundament müssen wir die Einsicht und den guten Willen der Bevölkerung bezeichnen, den Ärzten und allen, welchen die in Rede stehende Frage angeht, entgegen zu kommen, während ihnen vielfach der passive Widerstand der Bevölkerung, die Trägheit der Masse entgegensteht.

Ein weiteres Fundament bildet die Errichtung von Säuglingsfürsorgestellen mit unentgeltlicher ärztlicher Beratung, wenngleich nach Peyroux**) die Resultate der Gouttes de lait, meist unter ärztlicher Leitung stehende Wohltätigkeitsanstalten, welche sich zum Ziele gesetzt haben, sterilisierte Milch an Minderbegüterte abzugeben, nicht gerade sehr ermutigend sind.

Nach Doerffler***) verbürgt nur die Kontrolle in solchen unter ärztlicher Leitung stehenden Säuglingsfürsorgestellen eine zweckmässige Ernährung der Kinder Monate hindurch.

Als ein weiteres Fundament sind besonders eingerichtete Anstalten für die Behandlung erkrankter Säuglinge. Zwei Grundgebote müssen nach Schlossmann hierbei eingehalten werden: Aseptischer Betrieb und Möglichkeit der Ernährung an der Frauenbrust. Die Ernährung jugendlicher Säuger mit artfremder†) Milch muss nach den Versuchen von Brüning und anderen an Ziegen, Schweinen, Hunden, Meerschweinchen und Kaninchen mit Kuhmilch als eine der grössten Schädlichkeiten der Kinderernährung bezeichnet werden.

Milchversorgung.††)

Die artfremde Milch erklärt uns auch die Tatsache, weshalb die Kindersterblichkeit bei künstlicher Ernährung

*) Statistik u. Säuglingsfürsorge. Münch. med. Woch. Jannuar 1907.

**) La femaine médicale 1902. Nr. 52.

***) Die Säuglingsfürsorgestelle in Weissenburg und Bayern. Münchener medizin. Wochenschrift Nr. 1. 1907.

†) Über den Begriff: artfremde Milch und ihre Schädigungen als Heterodystrophie, Heterotrophie verweise ich auf die Abhandlung von Pfaundler über Wesen und Behandlung von Ernährungsstörungen im Säuglingsalter. Münch. med. Wochenschrift. Januar 1907.

††) Im Wesentlichen nach Harrington, insanitary dairying, American Journal of medic. sciences (vgl. Literatur).

Digitized by Google

grösser als bei der an der Mutterbrust. Jedes Säugetier hat seine natürliche Milchversorgung. Die natürliche Versorgung des Kindes ist die Mutterbrust, deren Beschaffenheit (abgesehen von seelischen Einflüssen) und Zusammensetzung in Bezug auf Eiweisskörper und Fett differiert von der Kuhmilch, das gewöhnliche Ersatzmittel für die Frauenmilch. Bekanntlich kann erstere letzterer ähnlich gemacht werden, vorausgesetzt, dass sie von geeigneter Beschaffenheit. Zumeist ist aber die Kuhmilch, bis sie das Haus des Konsumenten erreicht, in grossen und mittleren Städten und selbst auf dem Lande, wo sie produziert wird, von sehr ungeeigneter Beschaffenheit. Die Kuhmilch ist in der grossen Mehrzahl der Fälle schon an ihrer Quelle sehr ungeeignet zum Gebrauch für Kinder, weil infolge schmutziger Milchwirtschaften und ihrer Behandlungsweise von schädlichen Bakterien übersät. Oft ist alles schmutzig und verkehrt: die Umgebung als Ganzes, der Stall, die Streu, die Kühe, die Melker, die Geräte, die Wasserversorgung und jeder Vorgang von der Kuh zur Milchkanne. Wo alles unreinlich und Nachlässigkeit im Hantieren die Regel, ist vorauszusetzen, dass das Produkt unrein und zweckwidrig*). Berücksichtigt man noch die Veränderungen, welche die Milch erleidet durch ungeeignete Bedingungen, Nachlässigkeit während des Transportes und der Aufbewahrung, absichtliche und unabsichtliche Verfälschung, so ist nicht zu verwundern, dass die Milch bis zum Munde des Kindes mehr oder weniger schädliche Eigenschaften erlangt.

In England sind die Zustände in den Milchwirtschaften infolge des amtlichen Schlendrians (red tape) noch schlechter als in Amerika. Die Milch z. B. in London wird aus weiter Entfernung hergebracht und unterliegt keiner Kontrolle von seiten der Behörde und auch an der Stelle der Produktion sind die Lokalbehörden ohne Macht. Nach Dodd**) setzt ein Verbot der Einführung infizierter Milch nach London voraus: ein Erkenntnis des Gerichtshofes, welchem die betr. Farm angehört, Besichtigung durch einen Veterinär, Bericht an die Behörde, Vorladung des Farmers, kurz eine Menge von Umständlichkeiten. Groves und Hime berichten schauderhafte Dinge über Schmutzereien in Milchversorgungsanstalten und Meiereien.

Ungemein leidet zudem überall die Milch auf dem Transport, indem die Milchkannen im Sommer auf Bahnhöfen oder in der Eisenbahn oft stundenlang der stärksten Sommerhitze ausgesetzt sind. Auch im Hause erfährt oft die Milch noch eine Verschlechterung und Verunreinigung.

Bekanntlich können auch Toxine in die Milch aus den Futtermitteln der Kühe übergehen z. B. Colchicum autumnale. Man hat sogar diese Kolchikumvergiftungen in einseitig übertriebener Weise der Sonnenberger'schen Lehre***) vom Übergange von Giftstoffen mittels des Futters in die Milch als die Ursache der in Bayern herrschenden grossen Kindersterblichkeit darstellen wollen. (Braungart.) (Schluss folgt.)

*) Im allgemeinen nicht nur für amerikanische, sondern auch für deutsche Verhältnisse gültig, wenngleich ich betone, dass ich aus eigener Anschauung auch in Deutschland Musteranstalten zur Beschaffung reiner Milch besichtigt habe.

**) The Problem of the Milk Suppley, London 1904.

***) Sonnenberger, Über Kindermilch. Verhandlungen der Gesellschaft für Kinderheilknnde. Bd. 53 u. a. a. O.

Digitized by Google

Referate.

Die Behandlung der tuberkulösen Koxitis im Kindesalter. Von Vulpius. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildg. 1906 Nr. 20.

Der Allgemeinbehandlung ist die grösste Aufmerksamkeit zu schenken: Sorgfältige Regelung der ganzen Lebensführung, kräftige Ernährung, reichliche Zufuhr von Luft und Licht, gründliche Hautpflege sind hier die wichtigsten Verordnungen. Hinzugefügt wird eine Schmierseifeninunktionskur: Einreibung von 1—2 Esslöffeln Schmierseife auf die halbe Körperoberfläche während 5—10 Minuten. Abwaschen mit lauem Wasser nach 20—30 Minuten, Vornahme der Prozedur 2—3 mal wöchentlich, Kurdauer 6—10 Wochen.

Um den lokalen Entzündungsprozess zu heilen, ist Ruhigstellung des Hüftgelenks notwendig. Dies kann man erreichen durch Gewichtsextension, indem man am Bein einen Zug in der Längsrichtung ausübt und vielleicht einen zweiten in der Richtung des Schenkelhalses hinzufügt. Oder wir ermöglichen eine ambulante Behandlung durch einen Gehgipsverband, der zugleich fixieren und entlasten soll. Je vorgeschrittener das Leiden, je heftiger die Schmerzen, desto grösser hat der Gipsverband auszufallen, der gelegentlich von der Brustwarze bis zur Grosszehe reicht. Meist kann man ihn am Rippenbogen und über den Knöcheln endigen lassen. Äusserst wichtig ist, dass der Verband sich dem Tuber ossis ischii aufs engste anschmiegt, denn von hier aus wird die Körperlast unter Ausschaltung des Beines übertragen auf einen eisernen Gehbügel, welcher die freischwebende Fusssohle überragt. Nur auf diese Weise ist die Entlastung des Hüftgelenkes zu erreichen. Eine um das Sprunggelenk gelegte Schnürlasche mit seitlichen Bändern, welche durch Ösen des Gehbügels geleitet werden, gestattet endlich eine nicht unbeträchtliche Extension. — Für ein versteiftes Hüftgelenk bedeutet geringe Adduktion und Flexion die vorteilhafteste Stellung. Ist sie bei dem zu behandelnden Kinde vorhanden, so wird sie im Gehgipsverbande festgehalten. Andernfalls muss sie durch ein schonendes Redressement erst herbeigeführt werden. Die Verbände werden zweckmässig in Intervallen von etwa 2 Monaten gewechselt, sowohl um ihren exakten Sitz zu sichern als um den Zustand des Gelenkes zu kontrollieren.

An Stelle des Gipsverbandes wird auch der portative Hülsenapparat empfohlen, der jedoch nur für die Nachbehandlung Anwendung verdient, also nach dem Abklingen aller entzündlichen Erscheinungen, da er eine Dosierung der Entlastung durch Verstellung der Schienen ermöglicht. Und weiter hinaus sichert der Apparat die richtige Gelenkstellung, verhütet das immer noch drohende Eintreten einer Adduktion innerhalb des fibrös ankylosierten Hüftgelenkes.

Was die Komplikationen des coxitischen Prozesses betrifft, so ist bei der Behandlung der Luxation nur der Zunahme der Wanderung des Kopfes durch Entlastung und Extension entgegenzuarbeiten. Ein auftretender Abszess bildet sich bisweilen unter dem Gipsverband ohne spezielle Behandlung zurück. Lässt er nicht die Tendenz zur Rückbildung erkennen, so muss er entfernt werden unter möglichster Vermeidung von Fistelbildung, also besser durch wiederholte Punktion und Jodoforminjektion als durch Inzision. Ist erhebliche Eiterung vorhanden,

Digitized by Google

bestehen lebhaft sezernierende Fisteln, tritt Fieber auf, wird der Allgemeinzustand unter konservativer Behandlung schlechter, dann ist die Resektion angezeigt.

Bei Fällen ausgeheilter Koxitis, welche eine Ankylose in funktionell ungünstiger Position aufweisen, ist dem gewaltsamen Redressement die Osteotomie vorzuziehen. Stärkere Verkürzungen des Beins gleicht man lieber durch orthopädisches Schuhwerk aus, das durch geschickte Konstruktion in funktioneller wie kosmetischer Hinsicht Vorzügliches leisten kann. Schnell (Egeln).

Über tuberkulöse kommunizierende Hydrozele. Von G. Sigard. (Revue des maladies de l'enfance. März 1907.)

Auf Grund zweier persönlicher Beobachtungen von doppelseitiger tuberkulöser kommunizierender Hydrozele kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen:

Stets besteht gleichzeitig eine tuberkulöse Peritonitis. Dieselbe kann sich durch Aszites, starkes Aufgetriebensein und Meteorismus des Leibes kundgeben; meist jedoch charakterisiert sich diese Peritonitis durch eine schleichende Entwicklung. In den beiden vom Verfasser beobachteten Fällen bestanden keinerlei Anzeichen einer Peritonitis und war Aszites nicht nachzuweisen. Es ist übrigens leicht begreiflich, dass im Peritoneum eine hinreichende Menge Flüssigkeit enthalten sein kann, dass dieselbe beim Stehen in den Processus vaginalis sich ergiesse und denselben ausdehne und dass dessen ungeachtet die Darmschlingen dabei so nahe an den Beckenring herabtreten können, dass keine nachweisbare Dämpfuug zustande komme. Gleichwohl bestand in beiden Fällen eine Peritonitis. Dieselbe wurde bei der Operation nachgewiesen einmal durch die grosse Quantität der in der Hydrozele enthaltenen Flüssigkeit, einer Quantität, welche unmöglich in einer Hydrozele Platz haben kann und die also aus dem Peritoneum stammen musste, ferner durch das Vorhandensein peritonealer Granulationen. Der Peritonitis, den Adhäsionen der Darmschlingen und der Infiltration des Epiplons ist es zuzuschreiben, dass in solchen Fällen keine Hernie vorhanden ist und dass bei der Inzision des inneren Leistenringes, trotz des Flüssigkeitergusses, trotz der Anstrengungen des Kranken während der Narkose, der Darm nicht in der Wunde sichtbar wird.

In den Fällen, wo die Peritonitis vollkommen latent ist, kann es schwer sein, die Ätiologie der Hydrozele zu diagnostizieren. Das Allgemeinbefinden ist immer wenig gestört und kann ausgezeichnet sein. In Anbetracht des jugendlichen Alters der Kranken kann man nur wenig auf begleitende Lungenerkrankungen rechnen; die Anamnese gestattet immer nur Mutmassungen. Die lokalen Symptome endlich sind zum grössten Teile allen kommunizierenden Hydrozelen gemeinsam. Daher hält es Verfasser für wichtig auf ein besonderes Zeichen hinzuweisen, das er in seinen beiden Beobachtungen ganz deutlich vorfand und welches schon ein früherer Autor erwähnt hatte. In beiden Fällen nämlich fand Verf. im Grunde des Processus vaginalis einen kleinen eiförmigen, schmerzlosen, harten, etwas höckerigen Knoten, der weder mit den Hoden noch mit dem Skrotum verwachsen, vielmehr beweglich war.

Wenn man bedenkt, dass die kommunizierende tuberkulöse Hydrozele

Digitized by Google

sich beim Kinde entwickelt und dass bei demselben die malignen Tumoren selten sind, so kann man bei der Differenzialdiagnose vom Karzinome vollständig absehen; ebenso leicht lässt sich die Syphilis eliminieren. Wenn freilich die Hydrozele in heftiger entzündlicher Reaktion sich befindet, kann die Deutung des Knötchens schwierig sein, seine Beweglichkeit indes wird die Diagnose erleichtern. Auf jeden Fall wird, beim Fehlen jeglicher Komplikation, das Vorhandensein im Grunde des Sackes eines Knötchens von der oben erwähnten Beschaffenheit fast zu einem sicheren Zeichen. — Daneben bestehen natürlich die Zeichen der kommunizierenden Hydrozele: dumpfer, fluktuierender, durchscheinender, durch einfache Horizontallagerung oder einfachen Fingerdruck ohne Glucksen und ohne Taxis reponierbarer Tumor.

In anatomischer Hinsicht unterscheidet sich die kommunizierende tuberkulöse Hydrozele in nichts von der Hernientuberkulose. In der Tat ist der Prozessus vaginalis nichts anderes als ein präformierter Bruchsack.

In beiden Beobachtungen war das Knötchen im Grunde des Sackes von grau-rosaroter Farbe, überragte die innere Fläche des Sackes um 2—3 mm, war elliptisch und hatte eine Länge von 20 mm und eine Breite von 15 mm. Seine äussere Fläche war glatt und ruhte auf den tiefen Schichten der Serosa; seine innere Fläche hingegen war rauh und höckerig. In seiner Umgebung fanden sich einige grau-rosarote oder weissliche, ebenfalls vorspringende Granulationen von Linsen- bis Schrotgrösse. — Dieses Aussehen des im Grunde gelegenen Knötchens ist ganz charakteristisch.

Was die Histologie betrifft, so bestanden die Granulationen aus Haufen tuberkulöser Follikeln, welche mit seltener Genauigkeit der klassischen Anordnung entsprachen. Die Riesenzellen waren zahlreich vorhanden und von besonderer Grösse; fast immer nahmen dieselben das Zentrum des Follikels ein; sie waren umgeben von den in ihrer Form stark veränderten epithelartigen und von den embryonalen Zellen. Nirgends fand sich noch sklerotisches Gewebe; gleichwohl war die fibröse Neigung stark ausgesprochen und nirgends bestand Verkäsung.

In klinischer Beziehung ist nach Ansicht des Verfassers die kommunizierende tuberkulöse Hydrozele häufig nur die erste Äusserung einer tuberkulösen Peritonitis. Hat man daher die Diagnose auf kommunizierende tuberkulöse Hydrozele gestellt, so wird man fast bestimmt behaupten können, dass auch das Peritoneum angegriffen ist.

In therapeutischer Hinsicht muss man bedenken, dass man es mit einem leicht operablen Herde zu tun hat, der durch sein Volumen, die Schmerzen, die er hervorrufen kann oder durch entzündliche Erscheinungen lästig werden kann. Der Eingriff ist zweifellos ein gutartiger und es ist von grösstem Vorteile denselben auszuführen, umsomehr als es sich um eine Laparotomie handelt, welche die Entleerung eines grossen Teiles des Aszites gestattet und als diese inguinale Laparotomie die Peritonitis ebenso günstig beeinflussen kann wie die mediane Laparotomie.

von la Hausse (Kirchweidach).

Über Meningitis bei Parotitis. Von A. Feliciano. (Dissertation, Paris 1907. — Revue des maladies de l'enfance. Febr. 1907.)

Autor hatte Gelegenheit einen Fall von Meningitis bei bestehender Parotitis zu beobachten; ausserdem fand derselbe 14 Fälle in der Literatur.

Digitized by Google

Der Beginn der Parotitis-Meningitis ist zuweilen ein ziemlich plötzlicher. Manche Kranke fangen, ohne dass irgend welche parotitische Schwellung nachweisbar wäre, nachts zu delirieren an, werden unruhig oder zeigen konvulsivische Zuckungen. Für gewöhnlich jedoch wird ein an Parotitis Erkrankter am 2. oder 3. Krankheitstage von heftigem Kopfweh, verbunden mit Mattigkeit und Temperatursteigerung, ergriffen, ziemlich häufig treten die zerebralen Erscheinungen vor oder nach einer parotitischen Hodenentzündung auf; endlich können die nervösen Komplikationen spät, vom 8.—10. Tage sich einstellen, zu einer Zeit, wo die Infektion erloschen schien.

Von den drei Hauptsymptomen der Meningitis, Kopfweh, Erbrechen und Stuhlverstopfung fehlt am häufigsten das letzte. Ist indes Stuhlverstopfung vorhanden, so ist dieselbe nie so zähe und andauernd und ist der Leib dabei nicht kahnförmig eingezogen wie bei der klassischen Form der Meningitis. Mit dem Beginne der meningealen Symptome findet immer eine Temperatursteigerung statt. — In den meisten Fällen ist die Pulsfrequenz nicht proportional der Höhe des Fiebers. Der Puls ist verhältnismässig wenig beschleunigt, manchmal besteht sogar eine ausgesprochene Pulsverlangsamung.

Öfter bestehen Delirien, seltener Konvulsionen. Dagegen findet man oft Kontrakturen: Nackenstarre und das Kernigsche Symptom. — Augenstörungen kommen nicht oft vor.

Verfasser unterscheidet drei Formen von parotitischer Meningitis: die nicht ausgebildete Form, die Form mit ziemlich vollständigem Symptomkomplexe, jedoch mit Ausgang in Heilung, endlich die schwere tötliche Form.

In den nicht ausgebildeten Formen gelingt die Diagnose nur durch die Lumbalpunktion und die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit auf die Zellenelemente.

Die Prognose der parotitischen Meningitis ist im grossen ganzen eine günstige.

Die Behandlung der parotitischen Meningitis differiert in nichts von der einer jeden nicht eitrigen Meningitis: warme Bäder, event. Lumbalpunktion, Blutegel hinter den Ohren, blutige Schröpfköpfe längs der Wirbelsäule, Eisblase auf den Kopf, Kalomel, Bromkalium oder Chloralhydrat. von la Hausse (Kirchweidach).

Bemerkungen über die Gewichts- und Temperaturkurven bei den Gastro-Enteritiden der Kinder. Von Lucien Rivet. (Revue des maladies de l'enfance, Februar 1907).

Autor stellte im Sommer 1906 an einer grossen Zahl von Kindern, die an Gastro-Enteritis litten, unter Anwendung verschiedener Diätvorschriften und verschiedener Ernährung Beobachtungen hinsichtlich der Gewichts- und Temperaturkurven an, weil diese zwei klinischen Faktoren hauptsächlich ein Bild über den Verlauf der Krankheit geben und bis zu einem gewissen Grade den mehr oder weniger günstigen Einfluss des diätetischen Verfahrens zu schätzen gestatten. Hierbei kam derselbe zu folgenden Resultaten:

1. Die wässerige Diät stellt die beste Art zur Bekämpfung

Digitized by Google

der akuten Erscheinungen dar; haben letztere innerhalb 24 oder 48 Stunden nicht nachgelassen, so kann man mittelst stärkemehlhaltiger Getränke eine beruhigende Wirkung erzielen.

2. Die Gemüsebrühe verzögert den Eintritt der Abmagerungsperiode, verhindert jedoch dieselbe nicht; der Gebrauch derselben kann Erscheinungen von Chloretention mit schwerem Anasarka veranlassen.

3. Die Wiederernährung mit Buttermilch veranlasst immer einen mehr oder weniger intensiven Fiebernachschub, das Buttermilchfieber, der um so geringer ist, je später nach dem akuten Stadium man mit dieser Ernährungsart beginnt.

4. Die Abmagerungsperiode kann noch lange nach der klinischen Heilung der Enteritis fortdauern und sogar zu einem vorgeschrittenen kachektischen Zustande führen, zuweilen unter dem Symptomenbilde einer Pseudo-Addisonschen Krankheit.

5. In der Spitalbehandlung muss man in schweren Fällen immer auf sekundäre Infektionen rechnen, die um so schwerer sind, je mehr das Kind geschwächt ist, und welche den Tod infolge Septikämie unter ungeheurer Hyperpyrexie herbeiführen oder in gewöhnlichen Fällen lokale Eiterungen, welche den Eintritt der Genesung verzögern, veranlassen können.

6. Die stufenweise Zunahme des Körpergewichtes, welche die Genesung anzeigt, kann durch eine jede Diät erreicht werden; die günstigste Diät ist das Anlegen an die Brust; in gewissen Fällen jedoch muss man zu den stärkemehlhaltigen Mitteln oder zum rohen Fleische seine Zuflucht nehmen. Diese zwei Mittel weisen in Fällen, wo die Milch nicht vertragen wird, einen besonders günstigen Erfolg auf.

7. Es gibt Fälle, in denen man, welche Diät man auch immer anwendet, der Darmstörungen nicht Herr wird; oder auch, nachdem die Darmstörungen fast nachgelassen haben, fährt das Kind fort abzumagern, wird kachektisch, weist unregelmässige Fiebernachschübe auf, und zwar dies ohne jede augenscheinliche Ursache. In diesen Fällen handelt es sich im allgemeinen um durch erbliche Belastung geschwächte Individuen und fast immer muss man der Tuberkulose die Schuld geben.

von la Hausse (Kirchweidach).

Zur Diagnose der Barlowschen Krankheit (des kindlichen Skorbut). Von v. Starck. (Münch. med. W. 1907. Nr. 10.)

Als die wichtigsten Symptome der B. K., welche ausschliesslich künstlich genährte Kinder befällt, werden angesehen: 1. zunehmende Anämie, 2. hämorrhagische Schwellung des Zahnfleisches, 3. Schmerzen bei Bewegungen, 4. Auftreibung von einem oder mehreren Röhrenknochen, 5. Hämaturie, 6. hämorrhagische Schwellung der Augenlider und Exophthalmus.

ad 1. Die B. K. an sich braucht nicht mit Anämie zu beginnen; in frischen Fällen kann dieselbe trotz sonstiger ausgesprochener Erscheinungen fehlen.

ad 2. Schwere Veränderungen des Zahnfleisches wie beim gewöhnlichen Scorbut werden bei der Zahnfleischaffektion der B. K. nur ausnahmsweise beobachtet. Häufiger ist das Zahnfleisch sehr wenig ver-

Digitized by Google

ändert, auch wenn bereits Zähne da sind, so dass die Veränderung ganz übersehen werden kann.

ad 3 u. 4. Die Schmerzhaftigkeit von einem oder mehreren Knochen, besonders der Extremitäten, bei Bewegungen und selbst bei Berührungen steigert sich nicht selten soweit, dass eine Pseudoparalyse einer oder mehrerer Extremitäten eintritt. Das Auftreten und die Intensität der Knochenschmerzen sind abhängig von dem Grade der Veränderungen. Einzelne umschriebene Blutungen in das Mark und ein gewisser Grad von Markatrophie brauchen keine Symptome zu machen, ausgedehnte subperiostale Blutungen, Brüche an der Epidiaphysengrenze, Einkeilungen des Knorpelstücks der Rippe in das am Ende zusammengebrochene Knochenstück u. dergl. müssen aber Schmerzen und Beschwerden machen. Das Vorhandensein derselben ist für die Diagnose kein Erfordernis, ebensowenig eine Auftreibung an einem oder mehreren Knochen. In vielen Fällen und besonders in solchen, die schon länger bestanden haben, pflegt sich freilich eine mehr oder weniger empfindliche Auftreibung an einem oder mehreren Knochen zu entwickeln. Das untere Ende der Femora und die Knorpelknochengrenze der Rippen ist am häufigsten heimgesucht; kein Knochen ist sicher vor Blutungen in das Mark und unter das Periost und vor Zusammenbruch und Verschiebung der Bruchenden und demgemäss der Verdickung und Schmerzhaftigkeit.

ad 5. Die Hämaturie kann als einziges sichtbares Symptom der zur B. K. gehörigen hämorrhagischen Diathese bestehen.

ad 6. Die hämorrhagische Schwellung der Augenlider mit oder ohne Exophthalmus ist ein so auffallendes Symptom, dass eine Verwechslung kaum möglich ist. Schwierigkeiten in der Deutung können eher entstehen, wenn nur Exophthalmus da ist ohne hämorrhagische Verfärbung der Lider.

In zweifelhaften Fällen wird die prompte Wirkung der Ernährungstherapie für die Diagnose mit verwertet werden können. Dieselbe lässt sich leicht anwenden und bietet keine Gefahr; nur bleibt der Erfolg aus, wenn keine B. K. besteht. Schnell (Egeln).

Melaena neonatorum. Magendarmblutungen bei Neugeborenen. 29 Fälle aus eigener Praxis. Von W. P. Skukowsky. (Aus der Kinderabteilung der Kaiserl. Gebäranstalt zu Petersburg (Arch. f. Kdhlkde. Bd. 45. Heft 5 und 6).

Die Bezeichnung Melaena s. morbus niger Hippokrates wurde früher bei allen möglichen blutigen Auswürfen angewandt, jetzt werden darunter ausschliesslich Erkrankungen verstanden, die nur bei Neugeborenen vorkommen. Eine seltene Krankheit, Verfasser hat dieselbe allerdings in 10 Jahren, als Kinderarzt an der Petersburger Gebäranstalt, 29 mal beobachtet. Auf 3000—4000 Geburten kommt ungefähr 1 Fall Melaena. — Das Geschlecht spielt keine Rolle, mit geringen Ausnahmen waren alle Kinder von vortrefflichem Körperbau, vorzüglich genährt, 3 sogar von bedeutend übernormalem Gewicht. Die Syphilis spielt hier keine wesentliche Rolle; Hämophilie kommt auch nicht in Frage; erbliche Übertragung ist Verfasser dabei nicht begegnet; der Einfluss des Geburtsaktes ist von keiner Bedeutung. — Auch können Ulzerationen oder gar multiple Geschwüre keineswegs zur Erklärung der Krankheitsursache dienen.

Digitized by Google

Klinisch unterscheidet man die Melaena vera und Melaena spuria, und versteht darunter Auftreten von Blut in den durch Erbrechen oder aus dem Darm entleerten Massen. Melaena spuria ist keine seltene Erscheinung, und kommt bei den verschiedenen Ursachen vor, z. B. bei Schrunden der mütterlichen Warze (in diesem Jahre schon 2 mal von mir ebenfalls beobachtet, Anm. des Referenten); bei Darmrissen und Schrunden bei Mädchen, bei Polypen im Rektum älterer Kinder etc.

Melaena vera beginnt mit Prodromalerscheinungen mit beharrlichem Erbrechen, Durchfall etc. ohne Blut (selten mit Blutungen ohne Prodromalerscheinungen).

Auf die Frage von Cramer (Accoucheur), ob septische Prozesse, welche vom Darm ausgehen, bei Neugeborenen überhaupt existieren, gibt Verfasser eine bejahende Antwort, und zwar in dem Sinne, dass die Infektion nicht nur per anum, sondern auch per os eintritt. Eine besondere Gruppe bilden die Fälle von reiner Melaena, in denen Darmblutungen ohne Erbrechen auftreten. Nachdem Verfasser noch eingehend die pathologische Anatomie bespricht, kommt er zur Prognose und Therapie: Prognose ist äusserst ungünstig, bei der Therapie wird besonders dem Lif. ferri sesquichlor. das Wort geredet.

Es folgen dann die eigenen Beobachtungen, die Verfasser in drei Gruppen zerfallen lässt.

1. In die erste Gruppe gehören 14 Fälle mit letalem Ausgang, davon 12 mit Sektionsbefund.
2. Die zweite Gruppe bilden 11 Fälle mit Genesung.
3. Die dritte Gruppe besondere Fälle, in denen bei Lebzeiten schwere Fälle von Melaena vera anzunehmen war, während die Sektion Melaena spuria erwies (4 Fälle). F. Theodor (Königsberg i. Pr.).

Über einen Fall von spontaner geburtshilflicher Facialis-Paralyse. Von L. Bériel. (Revue des maladies de l'enfance, Nov. 1906).

Es gibt Facialis-Paralysen, deren Symptome sich auf die Geburt zurückführen lassen. Manchmal handelt es sich dabei um kongenitale Läsionen, dann sind die Symptome dauernde und finden sich noch beim Erwachsenen. Öfter handelt es sich um Paralysen, die auf geburtshilfliche Ursachen zurückzuführen sind und die alsdann nur beim Kinde beobachtet werden; die Ursache davon ist meist in einem Trauma der Nerven unter der Geburt (Forceps) zu suchen. Ausserdem jedoch gibt es einige seltene Beobachtungen, für welche keine augenscheinliche Ursache vorliegt. Dieser Art ist der folgende Fall Bériels, den man daher zu den spontanen geburtshilflichen Facialis Paralysen rechnen muss.

Es handelt sich um ein $1^1/_2$ Monate altes Mädchen, das im übrigen gesund ist, bei welchem es jedoch den Eltern auffiel, „dass das rechte Auge grösser war als das linke", ohne dass diese Erscheinung eine Neigung zeigte zu verschwinden. — Die Untersuchung zeigte, dass von seiten der Bulbi keinerlei Veränderung bestand; doch war die Lidspalte rechts grösser als links; diese Erscheinung, die in der Ruhe sehr gering war, steigerte sich in ausgesprochener Weise bei Bewegungen der gesamten Gesichtsmuskeln. Diese Erscheinung war übrigens nur eines der Symptome einer totalen Facialisparalyse, deren anderweitige Einzelsymptome nicht so augenfällig waren.

Digitized by Google

In der Ruhe besteht keine ausgesprochene Asymmetrie des Gesichtes, besonders wenn die Augen halbgeschlossen sind. Sobald das Kind dieselben öffnet, ist die Vergrösserung der rechten Lidspalte ganz augenscheinlich; beim Weinen oder Grimmassenschneiden ist die Asymmetrie ganz ausgesprochen; der Mund ist nach links verschoben, der rechte Mundwinkel hängt nach unten; die Stirnfalten sind rechts viel weniger ausgeprägt, wenngleich sie nicht ganz verstrichen sind. Die rechte Wange ist schlaff und eingesunken. — Über das Verhalten der Zunge kann man sich keine Klarheit verschaffen. Das Gaumensegel scheint nicht abgewichen.

Während des Schlafes schliesst sich das rechte Auge ziemlich gut: doch sieht man zwischen den Cilien hindurch einen weissen Streifen, der der Sklerotica entspricht.

Diese Symptome traten gleich bei der Geburt auf oder wenigstens wurden dieselben innerhalb der darauffolgenden 8 Stunden beobachtet. Seit der Geburt machte sich übrigens nichts Pathologisches bemerkbar; es bestand nie Fieber.

Trotz genauer Anamnese gelingt es nicht, ein genügendes ätiológisches Moment zu finden. Vater und Mutter sind ganz gesund; es besteht keinerlei tuberkulöse Belastung; Syphilis kann mit aller Bestimmtheit ausgeschlossen werden. Das Kind hat nur eine Schwester von 3 Jahren, die gesund ist.

Die Gravidität verlief normal. Die Geburt fand rechtzeitig, ganz normal und ziemlich rasch statt (5 Stunden). Becken symmetrisch und nicht verengt. Das Kind war bei der Geburt ziemlich gross, es wog nach 6 Tagen, wo es schon bedeutend abgenommen hatte, 3650 g.

Seitdem wurde das Kind öfters beobachtet. Die Symptome dauerten bis zum 3. Monate an und nahmen alsdann ab. Jedoch waren dieselben bis zum 6. Monate noch zeitenweise wahrnehmbar, besonders nach vorübergehendem Unwohlsein, ganz besonders jedoch nach etwas längerem Aufenthalte in der Kälte. Seit dem 6. Monate sind sie vollkommen verschwunden.

Für den vorliegenden Fall findet man im Becken keinerlei Ursache, das Kind war nur etwas gross, vielleicht wäre die kurze Dauer der Geburt bei heftigen Uteruskontraktionen in Betracht zu ziehen. Die Paralyse bestand rechts, während dieselbe in der Mehrzahl analoger Fälle eine linksseitige war. von la Hausse (Kirchweidach).

Über einen neuen Vorschlag für Phosphorernährung und Phosphortherapie im Kindesalter. Von Manchos. (Aus der Säuglingsabteilung des Hamburger Waisenhauses. Münch. med. W. 1907. Nr. 12.)

Für die Behandlung der Rachitis und der mit ihr in innerem Zusammenhang stehenden Störungen der allgemeinen Ernährung und des Zentralnervensystems kommt nur ein Medikament in Betracht, der Phosphor, und auch dieser nur in seiner elementaren Form als gelber oder aktiver Phosphor. Während die früher verwandten anorganischen Verbindungen des Phosphors, die Salze der Phosphorsäure und der unterphosphorigen Säure u. dergl. als ganz wertlos erkannt sind, kommt für eine rationelle Phosphortherapie bisher nur der Phosphorlebertran in Betracht. Da nach dem Gebrauch desselben in der üblichen Stärke Ver-

Digitized by Google

giftungserscheinungen beobachtet sind, so suchte M. nach einer anderen Art der Darreichung und griff nach mannigfachen Versuchen auf die phosphorreichen Vegetabilien zurück, um aus denselben durch möglichst wenig eingreifendes Verfahren die organischen Phosphorsubstanzen für die Ernährung aufzuschliessen. Er wählte den Hanfsamen und bereitet aus dem entölten Hanfmehl (hergestellt von den Vereinigten Hamburger Ölfabriken von J. Thörl) in folgender Weise eine Suppe: 100 g Hanfmehl werden mit 1 l Wasser angerührt und bei gelindem Feuer auf etwa 250 ccm langsam eingeengt. Dazu sind etwa $1^1/_2$ bis $1^3/_4$ Stunden erforderlich. Die Mischung soll dabei eigentlich nicht ins Kochen geraten, sondern am besten in dem Stadium bleiben, das dem Sieden vorhergeht. Die Hanfsuppe wird nun durch ein feines Sieb gegossen, der Rückstand auf dem Sieb mit einem Holzlöffel sorgfältig ausgedrückt. Die so erhaltene Suppe enthält noch bedeutende Mengen von Pflanzenfasern, Schalenresten u. dergl. und wird noch durch ein feines Seihtuch oder ein dünnes Filtrierpapier filtriert. Von dieser Suppe, die angenehm schmeckt, aber einen leichten bitteren Nachgeschmack hat, werden 30 bis 50 ccm der jeweiligen Flasche des betr. Kindes zugesetzt. Sie verträgt sich gleich gut mit den üblichen Milchmischungen, wie auch mit Buttermilch, Malzsuppe u. a. und verliert in diesen Gemengen ihren Nachgeschmack. Kinder mit Stimmritzenkrampf oder anderen Manifestationen der spasmophiler Diathese erhalten sie mit Kufekemehlsuppe im Verhältnis 1 : 2 gemischt, der dann bei Rückgang der Erscheinungen allmählich steigend Milch zugesetzt wird. Die grösseren Kinder im 2. Jahr erhalten die Hanfmehlsuppe als Zusatz zu Suppen und Breien oder zur Milch. Die Versuche mit der Hanfmehlsuppe haben nach den bisherigen Beobachtungen zu einem überraschend günstigen Resultat geführt. Schon nach 2 bis 3 Tagen fängt bei im übrigen unveränderter Nährungsqualität und Menge das Körpergewicht an schnell zu steigen. Nach 8 bis 10 Tagen wird die welke, schlaffe, trockene Haut saftig, fest und bekommt einen eigentümlichen, fast fettigen Glanz. Die fahle Blässe der Haut und Schleimhäute verschwindet; die Haut nimmt bald einen rosigen Schimmer an, die weichen schlaffen Muskeln werden fest und mit der zunehmenden allgemeinen Kräftigung werden die Kinder bald frischer und munterer. Besonders auffällig ist in vielen Fällen der Einfluss auf die Schweisse und die Anämie der Rachitischen. Des weiteren beobachtet man bei den Rachitischen, wie es fast scheinen will, in kürzerer Zeit beginnend, wie beim Phosphorlebertran, die günstige Phosphorwirkung auf die krankhaften Störungen des Knochenwachstums: die Craniotates geht zurück; die Zahnentwicklung kommt in Gang. Sehr auffällig und rasch nimmt auch die geistige Frische und Regsamkeit dieser Kinder zu.

Ob und inwieweit die Hanfmehlsuppe den Phosphorlebertran auch in seiner spezifischen günstigen Wirkung auf die spasmophile Diathese und ihre Manifestationen ersetzen kann, lässt sich noch nicht entscheiden. Bei den bisherigen Fällen von ausgesprochenem Spasmus glottidis war der Erfolg günstig. Die Anfalle schwanden nach 6 bis 10 Tagen und gleichzeitig gingen die Erscheinungen der krankhaft gesteigerten Nervenerregbarkeit zurück.

M. empfiehlt die Hanfmehlsuppe allen Kinderärzten angelegentlich zur Nachprüfung. Schnell (Egeln).

Digitized by Google

Gesundheitspflege.

Der Berliner Kinderschutzverein. Von H. Neumann (Ztschr. f. Säuglingsfürs. Bd. I, H. 5). Im Jahre 1869 gegründet, hat er sich zur Aufgabe gemacht, die Kindersterblichkeit in Berlin dadurch herabzusetzen, dass in verschiedenen Stadtbezirken für hilflose Säuglinge und Kinder Pflegestätten begründet werden sollten; dort sollten Kinder in den ersten 3 Lebensjahren gänzlich nur tagsüber verpflegt werden. Trotzdem das erste Heim aufs beste eingerichtet und von Ärzten beaufsichtigt wurde, erlitt die anstaltsweise Verpflegung einen vollkommenen Misserfolg: von 80 Kindern — davon 55 in dem ersten Lebensvierteljahre stehend — starben in 9 Monaten 47. Ein Plan je zwei Kinder durch eine Amme in der Weise bis zu sieben Monaten stillen zu lassen, dass jeder Säugling abwechselnd einmal die Brust, einmal die Flasche bekommen sollte, kam nicht mehr zur Ausführung, sondern es werden die Kinder ausschliesslich in Pflege gegeben. Bedingung für das Eintreten des Vereins ist, dass die Mutter wenigstens seit einem Jahre vor Geburt des Kindes in Berlin ihren Wohnsitz haben muss und sie muss einen Bürgen für die Zahlung des Pflegegeldes stellen, das voraus monatlich in einer Höhe von 8—15 Mk. an den Verein zu zahlen ist. Das Kind wird vor Übergabe an die Pflegemutter ärztlich untersucht. Die Pflegerin ist von zwei Seiten recherchiert und erhält ein Pflegegeld vom Verein von 20 Mk. im ersten, 18 Mk. im zweiten und 15 Mk. im dritten Lebensjahre. Die Beaufsichtigung erfolgt durch ehrenamtlich unbesoldete Damen. Die Tätigkeit des Vereins wird nach den verschiedenen Seiten hin zahlenmässig dargelegt und ausgeführt, dass in den letzten Jahren die bedürftigen Mütter erheblich leichter von der Waisen- und Armenverwaltung unterstützt werden. Deshalb schlägt N. vor, dass der Verein namentlich sich nach solchen Fällen umsehen solle, in denen z. B. ein eheliches Kind plötzlich, vielleicht durch Überführung der Mutter ins Krankenhaus u. dergl. pflegebedürftig wird und daher private Hilfe besonders angezeigt ist. Auch die Unterstützung solcher Mütter, bei denen das Selbststillen auf soziale oder finanzielle Schwierigkeit stossen würde, ist nach N. eine neue und dankenswerte Aufgabe des Kinderschutzvereins und dürfte dadurch auch in Zukunft unter den veränderten Verhältnissen segensreich wirken können.

Baron (Dresden).

Über die Notwendigkeit, die Augen der schulpflichtigen Kinder vor dem Schuleintritt untersuchen zu lassen. Von A. Siegrist. (Klin. Mon.-Bl. für Augenheilkunde. Beilageheft zum 44. Jahrgang, S. 1—25.)

Bei seinen Schuluntersuchungen konnte Verf. feststellen, dass von 421 in die Primarschule eintretenden Knaben 1905 = 24,9%, von den 439 in die Primarschule eintretenden Mädchen 146 = 33,2% an einem oder an beiden Augen eine pathologische unkorrigierte Sehschärfe kleiner als 1 aufwiesen. Also 29,1 % (beinahe 1/3) aller zum erstenmal in die Schule eintretenden Kinder besass eine ungenügende Sehschärfe (kleiner als 1).

Als wichtigste Ursache für diese Sehverminderung ergab sich der Astigmatismus (218 = 50,5 % der sehschwachen Augen).

Digitized by Google

Aus diesen zum Teil geradezu verblüffenden Resultaten zieht Verf. mit Recht den Schluss, dass es nicht nur eine Pflicht der Hygiene, sondern auch der Humanität ist, alle in die Schule zum erstenmal eintretenden Kinder auf den Grad ihrer Sehschärfe und die etwaige Ursache einer verminderten Sehschärfe untersuchen zu lassen, Und zwar muss der Staat diese Aufgabe der Humanität und Hygiene in die Hand nehmen.

Mit Recht betont der Verf. ferner, dass man jeden Astigmatismus korrigieren muss, besonders in der Kindheit, wenn er Symptome macht. (Herabsetzung der Sehschärfe unter 1,0, Astherapie.) Beim Astigmatischen macht sich die Sehschärfeverminderung nicht nur beim Sehen in die Ferne (wie z. B. bei der einfachen Myopie), sondern auch beim Sehen in der Nähe geltend. Infolgedessen wird das Kind mit Astigmatismus gezwungen, die Sehobjekte näher zu nehmen, es wird also das eintreten, was wir unter allen Umständen vermeiden wollen, nämlich eine zu kurze Arbeitsdistanz. Ferner läuft ein mit unkorrigiertem A. behaftetes Auge Gefahr, schwachsichtig zu werden infolge der mangelhaften Seheindrücke, die die Netzhaut eines solchen Auges ständig empfängt.

Verf. vermutet auch, dass der A. ein äusserst wichtiges Moment in der Pathogenese der Myopie darstellt. Diese Vermutungen sind die Veranlassung zu zwei Arbeiten gewesen, die in demselben Band veröffentlicht sind, und zwar: I. Edwin Menck, Statistische Untersuchungen über die Beziehungen der Hornhautastigmatismen zur Myopie und II. Frau Rosalie Katel-Bloch, die Beziehungen der Hornhautastigmatismen zur Myopie an der Hand des Materials der Berner Univ.-Augenklinik. Beide Arbeiten ergeben mit Sicherheit, dass ein pathologischer Grad von Astigmatismus bei den myopischen Augen in einem ganz ungewöhnlich hohen Verhältnis gefunden wird, so dass man sich nicht der Einsicht verschliessen kann, der Astigmatismus stehe in innigem Zusammenhang mit der Myopie. Es soll damit, wie Verf. besonders betont, nicht behauptet werden, dass dadurch die „Myopiefrage gelöst sei".

Man sieht, die verdienstvollen mühsamen Untersuchungen des Verf. bringen weiteres wertvolles Material für die Berechtigung der Forderung der Augenhygieniker (Cohn) nach der staatlichen Anstellung von Schulärzten. Hübner (Kassel).

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Akutes zirkumskriptes Ödem. Von A. D. Smith und F. S. Meara.

Verfasser berichten über einen Fall dieser eigentümlichen, unter dem Namen „Urtikaria tuberosa", „akutes angioneurotisches Ödem", „giant swelling" etc. bekannten Affektion, die sie bei einem 1 Jahre alten Kinde beobachten konnten. Man hatte die Attaque anfänglich auf eine Kohl- und Kartoffelmahlzeit geschoben. Am übernächsten

Digitized by Google

Morgen war das linke Bein bis in die Leistengegend geschwollen, „als ob es bersten wollte". Dabei blieb es einen Tag, worauf der gleiche Zustand an dem linken oberen, dem rechten oberen und unteren Arm eintrat. Dann ging die Schwellung auf den Kopf (Scheitel und Hinterkopf), Brust und Leib über. Die Urinentleerung wurde spärlich oder sistierte sogar ganz. Die geschwollenen Körperteile fühlten sich heiss an und gaben auf Druck nicht nach. Es wurde also so ziemlich der ganze Körper im Verlaufe dieser Affektion ergriffen, ausgenommen die inneren Organe. Unter Gerstenwasser und Kalomel trat Heilung ein.

(Arch. of Pediatr. 1906.) H. Netter (Pforzheim).

Zur Kasuistik der Epidermolysis bullosa hereditaria. Von Valentin.

Der 1885 zuerst mitgeteilte Stammbaum der Familie Berger erfährt durch Valentin hiermit seine Fortsetzung. Von den Kindern der Anna B., welche 1847 starb, haben drei Söhne die Krankheit geerbt; die dritte Generation weist ebenfalls 3 männliche Kranke auf; die vierte mindestens 8 Erkrankte, davon ebenfalls 5 männliche. Ähnlich anderen exquisit hereditären Leiden, wie Hämophilie, Farbenblindheit, akutes Ödem, kann die Krankheit auch durch die freie Mutter auf die nächste Generation übertragen werden. Die Affektion besteht in einer blasigen Epidermisabhebung, die nach dem Platzen ohne Narbe heilt. Mit höherem Alter nimmt die Krankheit ab. Valentin vergleicht das Leiden mit der Eigentümlichkeit der normalen Haut, durch andauernden Druck und Reibung sich an den Druckstellen blasig abzuheben. Er ist geneigt, es für die Folge einer ererbten Schwäche der Kapillargefässwände zu halten, deren erleichterter Serumdurchlass die Epidermiszellverbindungen löst, eine Schwäche, die sich im höheren Alter verliert.

(Arch. f. Dermat. und Syphilis, Bd. 78.)

H. Netter (Pforzheim).

Über Todesfälle bei Chorea. Von J. M. Rachmaninor. (Aus dem Sophien-Kinderkrankenhaus zu Moskau.)

Todesfälle werden bei Chorea selten beobachtet, auf 100 Fälle ca. 1 Todesfall. Man kann es als feststehend betrachten, dass die schwere, tödlich verlaufende Chorea selten über 6 Wochen dauert, sie beginnt in manchen Fällen unter dem Bilde von akutem Gelenkrheumatismus, in dessen weiteren Verlauf sich choreatische Bewegungen einstellen. Von schlechter Prognose ist das Auftreten von verschiedenen Ausschlägen, meist unmittelbar vor dem Tode. 2 Fälle von tödlich verlaufender Chorea beschreibt Verfasser, in beiden Fällen fand man bei der Sektion frische Endokarditis der Bikuspidalis und akute Hyperplasie der Milz, woraus Verfasser schliesst, dass die Kranken an einer allgemeinen Infektion zu Grunde gegangen sind.

(Arch. f. Kinderheilkunde. Band 45, Heft 5 u. 6.)

F. Theodor (Königsberg i. Pr.).

Digitized by Google

Über einen Fall von Herpes zoster ophthalmikus bei einem Kinde. Von J. M. Rachmaninor. (Aus dem Sophien-Kinderkrankenhaus zu Moskau.)

Herpes zoster wird bei Kindern bis zum 2. Lebensjahre äusserst selten beobachtet, derselbe kommt 2 mal häufiger bei Mädchen, als bei Knaben vor. Die Krankheit beginnt mit einem leichten Unwohlsein und ca. zweitägigem Fieber, dann 2 Tage langer Ausbruch der Bläschen und 3 bis 5 tagelanges Abtrocknen derselben. Die heftigen Schmerzen der Erwachsenen kommen bei Kindern nicht vor. Ganz selten ist nun der Herpes zoster fazialis. Einen in dieses Gebiet fallenden sogenannten Herpes ophthalmikus beschreibt Verfasser genau.

(Arch. f. Kinderheilkunde. Band 45, Heft 5 u. 6.)

F. Theodor (Königsberg i. Pr.).

Über die angeborenen Tränensackeiterungen Neugeborener. Von J. Fejér.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Die Tränensackeiterung Neugeborener ist eine kongenitale Erkrankung, die auf Unregelmässigkeiten der Entwicklung und auf Fehlern in der Zurückbildung beruht. Sie wird nicht durch Gonokokken verursacht, steht daher in gar keinen Zusammenhang mit der Blennorrhoea neonatorum.

Wenn Verf. nun ferner sagt, es muss in jedem Fall sondiert werden, so möchte Ref. ihm da nicht zustimmen. Ich bin in den meisten Fällen ohne Sondierung mit einfacher Massage und event. Protargoleinträuflungen ausgekommen. Zu betonen ist ferner, dass, wie auch Verf. mit Recht hervorhebt, das Leiden gar nicht so selten ist, und dass namentlich einseitiges Eitern immer den Verdacht auf Bestehen derselben nahe legt.

(Arch. f. Augenheilkunde. Bd. 7, Heft 1.)

Hübner (Kassel).

Kleine Mitteilungen.

Unter dem Titel „Spezialärztliche Bezeichnungen“ wendet sich Salge in der „Zeitschrift für Säuglingsfürsorge“ gegen den bekannten Beschluss des ärztlichen Vereins Offenbach, der die Bezeichnung als „Kinderarzt“ „prinzipiell“ als „nicht der Würde des ärztlichen Standes entsprechend“ erklärt und fordert die ausführliche Veröffentlichung der „prinzipiellen“ Gründe, eine Forderung in der jeder Unbefangene ihm rückhaltslos zustimmen wird. Baron (Dresden).

In der gleichen Angelegenheit wurde vom Verbande der Spezialärzte von Gross-Berlin folgende Resolution gefasst: „Der V. d. Sp. von Gross-Berlin erklärt den vom ärztlichen Kreisverein Offenbach-Stadt gefassten Beschluss, die Bezeichnung eines Arztes als „Kinderarzt, Spez. für Kinderkrankheiten oder dergleichen im Sinne eines bei Kindern allgemeiner Praxis treibenden Arztes“ sei „nicht der Würde des ärztlichen Standes entsprechend“, in dieser allgemeinen Fassung für sachlich gänzlich ungerechtfertigt; in der Form erblickt er ausserdem eine durchaus unverdiente Beleidigung einer grossen Anzahl von wissenschaftlich und kollegial einwandfreien Ärzten“. S.

Verlag von Benno Konegen, Leipzig. — Druck von Julius Beltz, Hoflieferant, Langensalza.

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Sanitätsrat Dr. Sonnenberger in **Worms.**

erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

XVIII. Jahrg. **Juli 1907.** **No. 7.** (211.)

Inhalt: Originalien: **Trumpp,** Tuberkulose des Urogenitalapparates beim Mädchen. 145. — **Kühner,** Kindersterblichkeit und Milchversorgung (Schluss.) 151. — Referate: **Sadger,** Hydriatik des Krupp. 154. — **Oshima,** Über die normalen Bakterien des kindlichen Mundes. 154. — **Schubart,** Beiträge zur Kenntnis der Darmstörungen der Säuglinge. 155. — **Bendix,** Die Barlow'sche Krankheit. 156. — **Cohn-Kirdborg,** Über Heissluftherapie. 159. — **Guinon** und **Pater,** Nierenkomplikationen bei Impetigo. 160. - **Malinowski,** Über Hydroa vacciniformis. 160. — **Krasnogorski,** Ausnutzung des Eisens bei Säuglingen. 162. — **Spitzer,** Über Darmadstringentia. 162. - **Reinach,** Röntgenoskopie von Knochenaffektionen hereditär luetischer Säuglinge. 164. — **Joet,** Salizylspirituskompressen bei Scharlach, Zerebrospinalmeningitis etc. 164. — Gesundheitspflege: **Wagner,** Wie lang soll eine Unterrichtsstunde sein? 165. — Rezensionen: **Schreiber,** Das Buch vom Kinde. 166. — **Gurlitt,** Erziehung zur Mannhaftigkeit. 3. Aufl. 166. — **Neter,** Muttersorgen und Mutterfreuden. 167. — **St. Phar,** Die Behandlung und Heilung nervöser Angstzustände, Zwangsvorstellungen und psychisch-nervöser Leiden. 167. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 167. — Kleine Mitteilungen. 168.

Nachdruck mit **genauer** Quellenangabe gestattet. — Separatabdrücke verboten.

Tuberkulose des Urogenitalapparates beim Mädchen.

Von Dr. J. Trumpp - München.

(Nach einem in der Münchner Gesellschaft für Kinderheilkunde gehaltenen Vortrage.)

Beim Befund gleichzeitiger tuberkulöser Erkrankung der Harn- und Geschlechtswerkzeuge sprach man früher schlechtweg von Urogenitaltuberkulose und nahm dabei an, dass die Tuberkulose vom einen System auf das andere (pr. continuitatem) übergegriffen habe. Diese Ansicht ist in den letzten 5 Jahren durch exakte klinische Beobachtung und Tierexperimente widerlegt worden. So schreibt J. A. Amann*) in seinem Referat über die weibliche Genitaltuberkulose (international. gynäkolog. Kongress zu Rom 1902): „Es handelt sich" (n. bei der sog. weiblichen Urogenitaltuberkulose) „um zwei ganz selbständige, nebeneinander bestehende Systemerkrankungen, die vielleicht vom gleichen Primärherd aus, entsprechend ihrer individuellen Organdisposition, entweder beide zugleich oder nur die eine für sich, wohl fast stets auf hämatogenem Wege

*) J. A. Amann: Zur Frage der weiblichen Genitaltuberkulose. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkolog. Bd. XVI. Ergänzungsheft.

Digitized by Google

entstehen." Und P. Baumgarten*): „Die sogenannte Urogenitaltuberkulose ist daher, nach diesen experimentellen Ermittlungen, weder im männlichen noch im weiblichen Tierkörper eine einheitliche Erkrankung, die etwa von einem Punkte aus durch Fortschreiten in der Kontinuität der Kanäle grosse Bezirke beider Systeme in Beschlag nehmen könnte. Die Tuberkulose des Genitalapparates und die der Harnwerkzeuge sind vielmehr selbständige und meist völlig getrennte Erkrankungen, und es gibt nur beschränkte Stellen, wo die Erkrankung von einem System auf das andere übergreifen kann."

Ich verfüge nun über einen jener immerhin recht seltenen Fälle, in welchen alle Organe des gesamten Urogenitalapparates tuberkulös erkrankt waren, und der Obduktionsbefund die Richtigkeit der modernen Theorien über Wesen und Entwicklung dieser Lokalisation der Tuberkulose fast einwandsfrei zu beweisen scheint. Da der Fall auch klinisch viel Interessantes bietet, und die pädiatrische Literatur nicht eben reich an solchen Beobachtungen ist, mag es nicht unnütz sein, ihn hier zu veröffentlichen.

Es handelt sich um ein 8-jähriges Mädchen mit hereditärer tuberkulöser Belastung. Patientin wurde mit Normalgewicht, 3250 gr, geboren und nur 14 Tage gestillt, danach mit Milch aus dem Viktoriapark-Berlin – also wohl von tuberkulosefreien Kühen – aufgezogen. Im 6. Monat trat, anscheinend infolge von Überfütterung, eine akute Verdauungsstörung auf, in deren Verlauf dysurische Symptome bemerkt wurden. Bald danach entwickelte sich Tuberkulose des linken Kniegelenkes, die wegen dreimaliger schwerer Traumen (darunter Fall und Bruch des linken Oberschenkels) erst nach langjähriger Behandlung zur Ausheilung gebracht werden konnte. (Prof. F. Lange.) Im Alter von 2 Jahren kam das Kind mit Otitis media supp. perf. sin. und Angiokavernom der linken Wange in meine Behandlung. Es zeigte blühende Farben, guten Turgor und bot körperlich ausser den genannten Affektionen keinen pathologischen Befund. Dagegen liess die geistige Entwicklung noch alles zu wünschen übrig; es bestand geringer Grad von Schwachsinn. Der ersten Ohrenerkrankung folgten im Laufe von 2 Jahren noch zwei weitere, die aber jeweilen nach wenigen Wochen glatt ausheilten. Im Alter von 3 Jahren traten erneute dysurische Beschwerden auf, die aber damals wegen des auch sonst abnormen Verhaltens des Kindes wenig Beachtung fanden und nicht an mich berichtet wurden. Im 5. Jahre – ziemlich bald nach einer innerlichen Entzündung des linken Knies infolge eines Fehltritts – wurde das Kind nachts auffallend unruhig, schrie oft scheinbar ohne Grund laut auf, meldete sich nächtlicherweile bis zu 14 malen zum Urinieren und fing an das Bett zu nässen. Appetit und Aussehen des Kindes blieben aber immer noch gleich vorzüglich. Der Harn war strohgelb, trüb, mit weissen schleimigen Sediment, von fadem Geruch, saurer Reaktion. Miskroskopisch fanden sich reichlich Eiter- und Epithelzellen sowie eine Unmenge in Haufen gruppierter graziler, z. T. verfallener säurefester Bazillen; keine Cylinder. Der Eitergehalt des Harnes hält bis zum Tode – nach $2^1/_2$ Jahren – an, beträgt anfangs 0,5—2,5, später 4,0, 10,0, 15,0—20,0 : 50,0 ccm Harn. In späteren Proben ist der Eiter oft zu stricknadeldicken kompakten, z. T. mit Blut vermengten Würstchen geballt. Säurefeste Bazillen werden nach ihrem erstmaligen massenhaften Auftreten nur noch selten und ganz vereinzelt, im folgenden Jahre von mir und dem beigezogenen Urologen etwa 5 mal, später überhaupt nicht mehr gefunden. Eine grazile Form und gruppenweise Lagerung, sowie der positive Ausfall der Differentialfärbung gegenüber Smegmabazillen lässt sie bestimmt als Tuberkelbazillen erkennen. Der Gehalt des Harnes an sonstigen Bakterien, Stäbchen und Kokken ist aber verschieden; zuweilen erscheint der Harn völlig steril, einige Male tritt ziemlich reichlich Blut im Harn auf. Die Kapazität der Blase nimmt von Tag zu Tag ab, nach kurzer Zeit werden alle paar Minuten nur wenige Kubikzentimeter trüben Harns unter quälendem Harndrang entleert. Druckempfindlichkeit der Blasen- und Nierengegend wird von dem schon durch die vorausgehenden und noch bestehenden anderweitigen

*) P. Baumgarten, Experimente über die Ausbreitung der Genitaltuberkulose im Körper. Berl. klin. W. 1904 Nr. 42.

Digitized by Google

Erkrankungen allmählich in Gegenwart von Ärzten hochgradig erregten Kinde bald zugegeben, bald ebenso rasch wieder geleugnet. Die Palpation der Niere ergibt bei der Ungebärdigkeit der Patientin kein brauchbares Resultat.

Der ganze Symptomenkomplexim Verein mit der bei der Katheterisierung bemerkbaren Überempfindlichkeit des Blasenhalses lässt mit grösster Wahrscheinlichkeit eine Tuberkulose der Harnwege vermuten. Zwei zugezogene Urologen behandeln das Kind 1 Jahr lang auf Blasentuberkulose mit Sublimat- und sonstigen Instillationen, innerlich mit Tuberkulozidin und Selenin „Klebs". An Stelle letzterer Mittel tritt später Tuberkuloalbumin „Thamm". Im Verein mit mehrmonatlichem Landaufenthalt bewirkt diese Behandlung wenigstens einen Rückgang der charakteristischen hochgradigen Reizempfindlichkeit der Urethra und Blase und eine merkliche Zunahme der Blasenkapazität, sodass nach etwa $^1/_2$ Jahre das Bettnässen behoben ist, und das Kind den Harn 3 Stunden und darüber halten kann. Die Eiterabsonderung wird aber nicht beeinflusst, und es tritt zusehends eine starke Schwächung und Abmagerung des Kindes ein. Der Status vom 15. Februar 1905 (Alter des Kindes $6^1/_2$ J.) lautet im Auszug: Haut blass, gelblich, trocken, Wangen gerötet, Schleimhäute blass. Haare trocken, Fettpolster stark reduziert. Am Hals beiderseits Rosenkranz von linsen- bis erbsengrossen Drüsen bis in die Fossa supraclavicularis. Körpergewicht 22,5 kg bei 120 cm Körperlänge. Unterhalb des linken Schlüssebeins bis zur Parasternallinie 2 Querfinger breiter Dämpfungsbezirk bei oberflächlicher Perkussion, etwas schmäler bei tiefer Perkussion Smith. Lunge und Herz o. B. Leber am Rippenbogen, Milz und Nieren nicht palpabel. Nabelgegend zuweilen druckempfindlich. Stuhlentleerung täglich, mühelos. Temperaturkurve flach, zuweilen mit Typus inversus und seltenen ephemeren Erhebungen auf 38, 38,5, ganz ausnahmsweise auf 39°.

Das unbefriedigende Resultat der bisherigen Behandlung veranlasste uns, noch einen anderen Spezialisten zuzuziehen. Dieser erklärt nach der zystoskopischen Untersuchung, dass der Harn klar aus beiden Ureteren abfliesse, und die Blasenschleimhaut bestimmt nicht tuberkulös erkrankt sei; sie sei blass, zeige nur Rötung an den Ureterenostien und narbige Einziehung am Blasenfundus. Da die examinatio per rektum palpatorisch keine Vergrösserung oder Unebenheit der Nieren, keine Verdickung der Ureteren oder Erkrankung der inneren Genitalien ergebe, so glaube er eher an einen tuberkulösen Knochenherd der Lendenwirbelsäule oder des Beckens, eventuell an einen tuberkulösen Drüsenabszess, dessen Eiter sich durch eine Blasenfistel den Weg nach aussen bahne. Eine darauf gerichtete Untersuchung mittels Röntgenaufnahme durch Prof. Lange ergab negatives Resultat. Das Einlegen eines Dauerkatheters (zur Entlastung der Blase) hatte langdauernde Inkontinentia urinae und stärkste Reizerscheinungen zur Folge. Danach wurde von uns auf jede weitere Lokalbehandlung verzichtet, und das Kind im Sommer 1905 nach Heilbrunn gebracht, wo sich unter leichter Trink- und Badekur das Allgemeinbefinden wieder in sehr befriedigender Weise hob, trotzdem die Eiterabsonderung fortbestand. In der Folgezeit lassen die Beschwerden beim Urinieren nach, dagegen nimmt die Häufigkeit der Entleerungen wieder so zu, dass meist alle 30 Minuten uriniert wird. Das Kind nachts trocken zu halten, ist unmöglich, es wird trotz Einlage von Torfmull etc. jeden Morgen wie aus dem Wasser gezogen. Ungeachtet dieses unerträglich scheinenden Zustandes behält es bis kurz vor dem Tode blühende Farben, leidlichen Pannikulus und Turgor und seinen liebenswürdigen Humor. Ephemere Temperatursteigerungen treten nun häufig auf und zwar stets bei Abnahme der Harnmenge. Sie verschwinden wieder mit der Entleerung reichlicher zähschleimiger Eitermassen im Harn. Ab Ende April 1906 fliesst auch ohne Harnentleerung, fast kontinuierlich, Eiter ab und zwar nicht nur aus der Harnröhre, sondern zweifellos auch aus der Scheide. Seit Anfang Mai besteht irreguläres remittierendes Fieber und veränderte Lage des rechten Beines. Das Kind weigert sich, das gesunde rechte Bein aufzustellen, wünscht ruhig liegen bleiben zu können und hält das Bein in Adduktion und Flexion. Aktive und passive Bewegungen sind im Liegen frei und schmerzlos. Bei meinem Besuch am 3. Mai 1906 (das Kind befand sich seit Jahresfrist beständig auf dem Land) finde ich das Kind stark abgemagert, geschwächt, apathisch, fiebernd, aber ohne neuen Befund als Druckempfindlichkeit des Abdomens bes. in der Ileokökalgegend (ohne Spannung der Bauchdecken) und am 3.—5. Lendenwirbel, sowie an der Symphysis sacroiliaca beiderseits. Das Kind geht unter peritonitischen Reizerscheinungen am 13. Mai 1906 zu Grunde.

Bei der Sektion der Leiche am 16. Mai findet sich die Schilddrüse von normaler Grösse, hart, völlig amyloid entartet. Thymus konsistent. Die Glandulae tracheobronchialis

Digitized by Google

zu einem kleinhühnerei-grossen Paket zusammengebacken, im einzelnen weichselgross, verkalkt mit käsigem Zentrum. Die Bronchialdrüsen am Halse linsen- bis erbsengross, makroskopisch frei von Tuberkeln und Käseherden. Beide Lungenoberlappen und der Mittellappen sind blass, hellrot, von verwehrtem Luft- und vermindertem Saftgehalt. Im rechten Oberlappen und im Mittellappen finden sich etwa 10 hanfkorn- bis linsengrosse derbe Käseherde, einzelne dicht unter der Pleura. Im Zentrum mehrerer Herde ist das Lumen eines kleinen Bronchus sichtbar. Beide Unterlappen zeigen braunrote Farbe, vermehrten Saft-, verminderten Luftgehalt. Pleura beiderseits glatt und glänzend. Herz 9,5 . 7 : 2,5, Muskulatur blass, graugelb gefleckt, l. Ventrikel 1,3, r. Ventrikel 0,8. Milz 9,5 : 5,5 : 1,6. Pulpa blass, Malpighische Körperchen prominent. Leber blassbraun, Schnittfläche speckig glänzend, Acinuszeichnung verwaschen, Gewebe brüchig. Die Mesenterial-Drüsen sind teilweise hyperplastisch, bis zur Walnussgrösse. Ihre Schnittfläche weist makroskopisch kleine tuberkulöse Veränderungen auf. Linke Niere blaurot, gelappt, 9,5 : 5,5 : 3,5, fühlt sich prall an. Die fibröse Kapsel stellenweise schwer ablösbar, das Nierengewebe brüchig. Beim Herausschneiden entleert sich aus dem bleistiftdicken Ureter zähschleimiger grauer und grüngelber Eiter. Ebensolcher mit derben Bröckeln vermengt, entleert sich beim Einschneiden in die Niere aus deren Becken. Die Rindensubstanz ist verbreitert, sehr blass, enthält ziemlich zahlreiche granulöse miliare Knötchen und vereinzelte bis linsengrosse käsige Herde. Die Marksubstanz ist in toto gekäst, an Stelle einzelner Papillen finden sich mit bröcklichem Eiter erfüllte scharfrandige Geschwüre. Das Nierenbecken ist etwas erweitert, mit zähschleimigem Eiter erfüllt, seine Schleimhaut blass, glatt, stark verdickt. Die rechte Niere verhält sich vollkommen gleich wie die linke. Aus der Blase entleert sich Eiter von derselben Beschaffenheit wie aus den Nieren. Die Blasenschleimhaut ist verdickt, hämorrhagisch infiltriert, mit miliaren Knötchen, besonders im Trigonum, übersät. Rechts seitlich der Spitze des Trigonum findet sich ein linsengrosses, kraterförmiges, eiterbelegtes Geschwürchen. Die Urethra ist nussfarben dunkel, bläulichrot, ihr Gewebe äusserst brüchig. Ebenso verhält sich die Vagina In der Gegend der Orifizien beider Organe finden sich miliare Knötchen. Der Uterus erscheint von normaler Grösse. Seine erweiterte Höhle ist mit zähschleimigem Eiter erfüllt, seine Wandung wie erodiert, gegen den Douglas zu stark verdünnt. In all seinen Teilen finden sich miliare Knötchen, am zahlreichsten dicht oberhalb des Zervix und am äusseren Mutterrand. Aus beiden Tubenostien entleert sich Eiter in den Uterus. Die linke Tube ist rosenkranzartig verdickt, die rechte Tube nur in der Ampulle stark aufgetrieben. Die Ovarien sind makroskopisch unverändert. Auf dem Ligamentum latum finden sich einzelne miliare Knötchen. Das Peritoneum ist auf der hinteren Blasenwand im vorderen Douglas übersät von dichtgedrängten Miliartuberkeln.

Die Eröffnung des Schädels und linken Kniegelenkes musste aus äusseren Gründen unterbleiben.

Diagnose: Mässige Tuberkulose der Tracheobronchialdrüsen, Hyperplasie der Mesenterialdrüsen, Bronchiolitis nodosa, alle drei Formen der Nierentuberkulose, miliare Tuberkulose der Blase, Urethra, Vagina, des Uterus, der Tuben und des Peritoneums.

Es liegt hier einer jener seltenen Fälle vor — ich wenigstens habe in 14jähriger klinischer und praktischer Tätigkeit nur diesen einen erlebt —, in welchen beim Kinde die tuberkulöse Erkrankung der Harnwege das Krankheitsbild zuletzt völlig beherrscht, und mit Ausnahme der makroskopisch intakten Ovarien auch eine ausgebreitete Tuberkulose sämtlicher Genitalorgane vorliegt.

Zunächst könnte man wohl versucht sein, an eine Ausbreitung der Krankheit per kontinuitatem von den Nieren als Primäraffekt aus zu denken. Dabei käme in Betracht, einmal eine fortschreitende Schleimhauttuberkulose — mit Überspringen einzelner Gebiete — von den Nieren auf die Blase und Urethra absteigend, dann wieder aufsteigend durch Vagina, Uterus, Tuben auf das angrenzende Peritoneum. Dagegen spricht das anscheinend durchaus gleiche Alter der Tuberkel sämtlicher — nach der Niere — befallener Organe, ferner die im Tierexperiment

Digitized by Google

von Baumgarten*) erwiesene Tatsache, dass der nicht mit Eigenbewegung begabte Tuberkelbazillus niemals gegen den Saftstrom angehen kann. Des weiteren könnte man daran denken, dass die Bazillen von der Blase aus auf dem Lymphwege in den unteren Teil der Bauchhöhle gelangt seien und von hier aus mit dem Saftstrom durch die Tuben bis ins Orifizium vaginae wanderten. Während aber bei der in der Kontinuität fortschreitenden Schleimhauttuberkulose an den zuerst befallenen Partien stets bald auch die tieferen Schleimhautschichten ergriffen werden, finden wir in unserem Falle — von der stärker alterierten Uteruswandung abgesehen — überall nur oberflächlich gelagerte Tuberkel von gleicher, miliarer Grösse. Ferner macht Baumgarten gegen einen solchen Ausbreitungsmodus geltend, dass die in die Bauchhöhle gelangten virulenten Bazillen sehr rasch degenerative Veränderungen an den Peritonealepithelien und pathologische Exsudation bewirken, wodurch der normale, nach den abdominalen Tubenöffnungen gerichtete intraperitoneale Flüssigkeitsstrom gestört wird, und die abdominalen Tubenostien durch Entzündungsprodukte verlegt und verschlossen werden.

Es bleibt also das Wahrscheinlichste, dass eine gleichzeitige Infektion der Organe vorliegt (Oberndorfer**), wie sie nur durch eine Dissemination der Keime auf dem Blutwege erfolgen kann, und es fragt sich nur noch, von welchem der drei älteren Herde eine solche ausgegangen sein mag, von den verkästen Tracheobronchialdrüsen, von dem tuberkulös erkrankten Kniegelenk aus oder von den Nieren.

Den ältesten Herd bilden unzweifelhaft die Drüsen, und von ihnen aus wird wohl auch die Infektion des durch irgend ein Trauma in frühester Kindheit besonders disponierten Gelenkes erfolgt sein. Dass die Knochentuberkulose — wie die wiederholten Röntgenaufnahmen bewiesen — schon im dritten Lebensjahr den viel grösseren Krankheitsherd darstellte, ist kein Gegenbeweis, denn während sich hier unter dem fortgesetzten Reiz der Bewegung die bis dahin unerkannte Krankheit stark ausdehnen musste, kam der Drüsenherd dem Obduktionsbefund zufolge bald zur Einkapselung.

Auch die schätzungsweise einige Monate vor dem Tode aufgetretene miliare Tuberkulose dürfte von dem Drüsenherd ausgegangen sein. Dagegen ist dies für die Nierentuberkulose fraglich und eher anzunehmen, dass sie im ätiologischen Zusammenhang mit der Gelenktuberkulose steht, denn ihre ersten Symptome machten sich 2 Monate nach einem Trauma des erkrankten Knies geltend; sie wäre demnach $2^1/_2$ Jahre vor dem Tode entstanden. (Die Dysurie im 6. Monat und 3. Lebensjahre dürfte auf Ausscheidung harnsaurer Konkremente zu beziehen sein; wenigstens geben die Eltern für erstere Zeit an, dass die Windeln damals rot gerändert gewesen seien. Der durch die Harnsäurestauung in der Niere gesetzte Reizzustand mag vielleicht die lokale Disposition für die Tuberkulose erhöht haben.)

Interessant ist weiter die Frage, woher der im Harn entleerte Eiter stammte. Man bedenke, dass die recht reichliche Absonderung ununter-

---

*) vid. loc.

**) Oberndorfer, Pathogenose und pathologische Anatomie der Genitaltuberkulose. Wien. klin. Rundschau Nr. 34. v. 4. 9. 1906.

Digitized by Google

brochen $2^1/_2$ Jahre anhielt. Stammte der Eiter ausschliesslich aus den Nieren, so hätten diese in so langer Zeit völlig eingeschmolzen werden müssen. Man wird also wohl an eine Mitbeteiligung der Blase zu denken haben, deren Schleimhaut durch die passierenden bazillären Stoffwechselprodukte in einen permanenten Reizzustand versetzt wurde. Die relativ geringfügigen tuberkulösen Veränderungen der Blase (cf. den negativen Befund der zystoskop. Untersuchung nach 1 jährigem Bestande des Leidens) dürften darin ihre Erklärung finden, dass nur selten Bazillen ausgeschieden und solche stets rasch wieder mit dem Harne entleert wurden, also keine Zeit zur Ansiedlung fanden.

Zur Frage der Allgemeindisposition mag noch der von Landouzy, Fournier, Hegar, Georglein u. a.*) betonte, auch in diesem Fall vielleicht bestehende ätiologische Zusammenhang zwischen tuberkulöser Belastung und angeborenen Bildungsfehlern erwähnt werden. Die Schädigung des Keimplasmas durch die Tuberkulotoxine wäre in unserem Falle allerdings nicht, wie sonst gewöhnlich beobachtet, in einer Entwicklungsstörung der Beckenorgane (wenn man nicht deren erhöhte Disposition zu Tbc. hierherbeziehen will) zum Ausdruck gekommen, sondern in einer Störung des Zentralnervensystems. Nicht unerwähnt darf ich lassen, dass zwei nachgeborene Geschwister der Patientin sich bis jetzt, in ihrem 6. bezw. 4. Lebensjahr in jeder Beziehung völlig normal entwickelten.

In diagnostischer und therapeutischer Beziehung ist über den Fall nicht viel Neues zu sagen. Das Resultat der zystoskopischen Untersuchung weist darauf hin, dass dieser allein bei negativem oder zweifelhaftem Befund nicht allzu viel Gewicht beigelegt werden darf. Ausschlaggebend ist nur der Ureterenkatheterismus, den wir wegen des geradezu beängstigenden Erregungszustandes des Kindes seinerzeit leider unterlassen mussten.

Eventuell kann man auch zur Entscheidung gegenüber Lithiasis das Röntgenbild zu Hilfe nehmen, auf dem ein geschickter Techniker und Diagnostiker besonders leicht beim Kinde entweder Steine oder bei fortgeschrittener Papillitis caseosa selbst diese mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit festzustellen vermag.

Stehen diese Hilfsmittel nicht zu Gebot, so wird man den Nachweis der Tuberkelbazillen im Harne versuchen. Ich habe mich dazu des auch von anderer Seite empfohlenen Kunstgriffes bedient, dem Harne eine sehr kleine Watteflocke beizumischen, in deren Maschen sich die Bazillen beim Zentrifugieren leicht fangen. Ein negativer Befund darf nicht als Beweis gegen das Vorhandensein einer Tuberkulose gedeutet werden. Ebensowenig beweist der gelegentliche Befund einiger weniger Tuberkelbazillen beim Fehlen aller übrigen Charakteristika das Bestehen einer Nierentuberkulose, denn die Nieren können ja eventuell nur als Ausscheidungsorgan der anderwärts losgelösten und in den Kreislauf gelangten Bazillen gedient haben. Bei positivem Befund soll niemals die Differentialfärbung**) gegenüber Smegmabazillen versäumt werden, die allerdings

*) vid. bei Amann u. Oberndorfer.

**) Nach Hohsell: Gewöhnliche Karbolfuchsinfärbung, dann Einlagen für 10 Minuten in 3 % Salzsäurealkohol und Nachfärben mit halbverdünntem alkoholischen Metylenblau.

Digitized by Google

dem kundigen Auge schon durch ihre gleichmässige, kurze, dicke, annähernd ovale Form kenntlich sind.

Im übrigen ist der Rat wohl berechtigt, jede Zystitis, die mit chronischer Eiterabsonderung, gelegentlicher Blutbeimengung zum Harn und starken Reizerscheinungen einhergeht und dabei der gewöhnlichen Zystitistherapie hartnäckig trotzt, als verdächtig auf tuberkulöse Provenienz zu betrachten.

Da noch niemals eine isolierte Blasentuberkulose beobachtet wurde, solche vielmehr stets nur die zwar auffallendere, aber an sich weit weniger bedeutsame Begleiterscheinung einer Nierentuberkulose bildet, so ist hierbei eine ausschliessliche Zystitistherapie — wie sie leider auch in unserem Falle ein Jahr lang geübt wurde — direkt als Kunstfehler zu bezeichnen. Sie ist, und zwar in Form der noch am meisten wirksamen Sublimatinstillationen (Sublimat- oder Zyanatlösung 1 : 10000 — 1 : 5000), nur zu dem Zwecke berechtigt, die Blasenkapazität zur Vornahme der Zystoskopie zu erhöhen. Weiterhin ist sie bei vorgeschrittener Tuberkulose beider Organe, Niere und Blase, sinnlos und der Sublimatresorption wegen nicht unbedenklich, bei nur einseitiger Nieren- und noch geringfügiger Blasenerkrankung dagegen direkt verwerflich, da der Zeitpunkt zu der unter Umständen lebensrettenden Nephrektomie versäumt wird. (Nach letzterer sieht man die Blasenaffektion häufig spontan ausheilen. Die Vorzüge konservativer Behandlung gegenüber frühzeitiger Nephrektomie scheinen nicht einwandfrei erwiesen. Mirabeau*).

Welch grosse Bedeutung in solchen Fällen günstigen äusseren Verhältnissen und geeigneten hygienischen und diätetischen Massnahmen zukommt, ist auch hier wieder klar erwiesen. Ohne ihren kräftesparenden und erhaltenden Einfluss hätte das Kind unmöglich einen derartig starken Säfteverlust $2^1/_2$ Jahre lang ertragen können.

Kindersterblichkeit und Milchversorgung.

Von Dr. A. Kühner (Koburg).

(Schluss.)

Vorschläge zur Abhilfe. Zur Bekämpfung der Gefahren, hervorgerufen durch unsaubere, abgestandene und infizierte Kuhmilch, wäre das einfachste Verfahren deren Wegfall bei der Ernährung der Kinder; aber die Kuhmilch ist für diese die alleinige allgemein zugängliche Quelle der Ernährung. Also müssen wir den Schwerpunkt auf die Ernährung an der Mutterbrust legen. Es ist eine traurige Tatsache, dass ein grosser Teil der Mütter ihre Kinder nicht stillen können infolge natürlicher Defekte, die meisst erblich sind. Nach der allen Ländern Europas entnommenen Statistik von Bunge sind Frauen, die unfähig

*) S. Mirabeau: Über Nieren- und Blasentuberkulose bei Frauen. Mtschr. f. Geburtsh. u. Gynäkoll. Bd. XXIII. Heft 2.

Digitized by Google

zum Stillen, meist Töchter von Alkoholikern und er behauptet, dass wenn zwei Generationen dem Alkoholismus ergeben, die dritte beinahe sicher unfähig sei, ihre Kinder zu stillen.

In den mittleren Schichten der Bevölkerung wird das Stillen verhindert und erschwert aus ökonomischen und sozialen Rücksichten, welche die verheirateten Frauen nötigen im industriellen Betrieb zu arbeiten und bei den oberen Klassen wird das Stillen vernachlässigt aus Rücksichten für sog. gesellschaftliche Pflichten. Die Verwendung von Frauen in der Industrie mag notwendig oder nicht notwendig sein. Mit Recht behauptet aber Burns auf dem Internationalen Kongress zur Beschränkung der Kindersterblichkeit im Jahre 1906, dass das Aufgeben des Stillens Bettler aus den Eltern und Wegelagerer aus den Kindern mache, welche der steten Sorgfalt der Mütter entzogen werden. Er konstatiert, dass die Kindersterblichkeit oft zunehme mit Zunahme der Industrie und hohen Löhnen und grösseren Anlass zum Alkoholgenuss. In Frankreich und Italien wenden Regierung und Handelskammern dem Selbststillen ihre Aufmerksamkeit zu. In Frankreich findet man in Fabriken Plakate deren Inhalt die Vorteile des Stillens auseinandersetzt und dasselbe den Müttern erleichtert, indem denselben zu diesem Zweck selbst besondere Räume und während der Arbeit freie Zeit zur Verfügung gestellt werden. In Italien ist ein solcher Raum obligatorisch in jedem industriellen Betrieb, der mehr als fünfzig Frauen beschäftigt. In Wien hat sich eine Gesellschaft von Ärzten und anderen gebildet, um das Stillen zu fördern und die Mütter über die Bedeutung der verschiedenen Verfahrungsweisen der Ernährung zur Kindersterblichkeit aufzuklären.*) Auch hat man beobachtet, dass die Kindersterblichkeit bei den Juden verhältnismässig gering ist.

*) Hier verdient auch hervorgehoben zu werden die soeben erschienene Schrift von Hagenbach-Burckhardt in Basel: Rückkehr zur natürlichen Ernährung der Säuglinge. Sammlung klinischer Vorträge. Neue Folge No. 436. (Serie XV. Heft 16) (Lex. 8° 48 Seiten.) Leipzig 1906, Breitkopf & Härtel. Preis 0,75 ℳ.

H. erörtert auf Grund einer von ihm angestellten Statistik die Häufigkeit und Dauer des Stillens nach verschiedenen Gesichtspunkten und geht sodann zur Besprechung der wirklichen und vermeintlichen Ursachen des Nichtstillens über. Wiewohl unter seinem in Frage kommenden Material von 914 Frauen 116 = 13 Proz. erklärten, zum Stillen unfähig gewesen zu sein, hält H. mit Recht diese Zahl für falsch, da zwischen physischer Unmöglichkeit und von den Frauen erklärter, auf Scheingründen basierter Unfähigkeit ein grosser Unterschied bestehe. Als gefährlich geradezu aber erklärt H., wenn von wissenschaftlicher Seite immer wieder gelehrt wird, dass für viele Frauen das Stillen eine physische Unmöglichkeit sei. Besonders scharf bekämpft er die Dr. Bunge'sche These, dass die Mehrzahl der Frauen ihre Kinder nicht stillen könne, weil die betr. Mutter als Kind eines alkoholisch degenerierten Vaters die Fähigkeit zu Stillen eingebüsst habe und dieser Verlust für alle kommenden Generationen unwiederbringlich sei. Als Mittel zur Abhilfe empfiehlt H. nach dem Muster Deutschlands die Förderung des Selbststillens, wie es in Gebäranstalten und Säuglingsheimen geschieht, während man in Frankreich das Hauptstreben mehr auf das Ordnen des Ammenwesens richtet. Ferner empfiehlt er bessere Ausbildung der Hebammen, Belohnungen an tüchtige Hebammen, Stillprämien an gute Mütter dürfen die Bemühungen und Hebung des Stillgeschäftes wohl fördern. Auch die Krippen können dazu dienen, wenn die Frauen veranlasst werden, sich zum Stillen ihrer Kinder dort einzufinden. Weiter ist noch die Belehrung durch das gedruckte und gesprochene Wort zu erwähnen, letzteres in Form von volkstümlichen Vorträgen, ersteres durch Flugschriften und Merkblätter, die seitens geeignetter Stellen, dureh Frauenvereine, Standesämter und Hebammen an die Angehörigen der Neugeborenen verteilt werden. Endlich ist durch entsprechende gesetzliche Vorschriften dafür zu sorgen, dass die arbeitenden Frauen infolge ihrer Beschäftigung vor und nach der Entbindung keinen Schaden leiden.

Digitized by Google

Der Grund hiervon ist jedenfalls die Tatsache, dass diese den Kindern mehr Sorgfalt zuwenden und ihnen die mütterliche Pflege nicht entziehen.

In Anbetracht der Unfähigkeit und hartnäckigen Abneigung eines grossen Teiles der Mütter, ihre Kinder zu stillen, hat man sich nach geeigneten Ersatzmitteln umzusehen und diese erblickt man allgemein in der Kuhmilch. Diese bildet aber, wie wir gesehen, ein Nahrungsmittel, ungemein leicht und vielfach der Verunreinigung zugänglich, hygienisch und ästhetisch bedenklich. Die pathogenen Eigenschaften können zwar zerstört oder sehr herabgemindert werden durch Erhitzen oder Pasteurisieren. Immer ist es unzweifelhaft besser, reine Milch zu verwenden, als vor dem Konsum Schmutz und pathogene Keime herauszuschaffen, gleichwie die Reinhaltung eines Flusses grössere Vorteile für die Anwohner verspricht, als dessen Klärung nach erfolgter Verschmutzung. Vorteile und Nachteile des Sterilisierens und Pesteurisierens sollen daher hier nicht erörtert, sondern der Schwerpunkt auf reine Milch und geeignete Methoden des Transportes, der Aufbewahrung und Lieferung gelegt werden.

Was die Abhilfe der unreinen Beschaffenheit der Milch betrifft, so liegt auch hier wieder zunächst der Fehler in der Unwissenheit. Die Verunreinigung der Milch mit hundert Varietäten von Bakterien infolge staubiger und verschmutzter Ställe, Streu, Kleider, Hände, Kühe, Geräte, Verfahrungsweisen muss erst in ihrer Wesenheit und in ihren verderblichen Folgen vom Landvolk, dem Milchmann, Milchhändler und Konsumenten erkannt und gewürdigt werden, wenn Abhilfe erfolgen soll. Diese ist in neuester Zeit vielfach in Musteranstalten gegeben.*) Nun kommt aber die Eigentümlichkeit der Konsumenten, der Familien in Betracht, gerade für dieses so wertvolle Nahrungmittel die Auflage einer grösseren Geldausgabe zu scheuen. Alle Verbrauchs- und Gebrauchsgegenstände sind in neuester Zeit gestiegen: Fleisch, Zucker, Getreide, Kohle, Petroleum, Löhne, Theaterbillets; man zahlt den Aufschlag unter vorübergehenden Klagen; wenn aber das Gerücht umhergeht, dass die Milch um ein oder ein paar Pfennige das Liter steigen soll, so erhebt sich ein allgemeiner und lauter Aufschrei, dass dieses unentbehrliche Nahrungsmittel verteuert werde. Aber man bedenkt nicht, dass reine Milch jetzt nur unter grösseren Aufwendungen, als früher zu beschaffen, man bedenkt nicht, dass an die Beschaffung reiner Milch das Wohl und Wehe der Kinder während der ersten Lebensjahre, ihre Sterblichkeit innig geknüpft ist. Und was den Milchhändler betrifft, so ist sein Bestreben, so viel als möglich aus dem Verkauf der Milch herauszuschlagen; er sucht den Verkaufspreis zu erhöhen und den Einkaufspreis herabzusetzen. Der Produzent indes soll den für Getreide und Heu erhöhten Preis bezahlen, für Eis und neue Aufwendungen zur Herstellung der Verfahrungsweisen zum Erhalt reiner Milch sorgen, hierzu kommt noch der durch die Errichtung in Molkereien herabgedrückte Verkaufspreis. Kurz der Landmann kann nicht die zum Erhalt reiner Milch erforderlichen Aufwendungen bestreiten, und schon aus diesem Grunde verharrt er im alten Schlen-

*) Für den kleinen Mann und überall, wo solche leicht und direkt vom Euter beschafft werden kann, ist die Milch der Ziege, die der Schwanzbildung des Tieres nach und infolge ihrer Zusammensetzung (? Red.) entschieden der Kuhmilch vorzuziehen, empfehlenswert.

Digitized by Google

drian und liefert das Produkt in verunreinigter Beschaffenheit. In den Grossstädten, wohin die Milch aus grosser Entfernung geliefert wird, erwachsen noch durch Transportkosten weit grössere Ausgaben, so dass der Milchhändler den Verkaufspreis nicht herabsetzen kann. Der Schwerpunkt zur Beschaffung und Abgabe reiner Milch muss deshalb auf Assoziationen gelegt werden, welche unter Zuziehung kompetenter Tierärzte Garantie bieten für den Bezug bakterienfreier reiner, abgekühlter Milch gesunder, gut gehaltener und rationell gefütterter Nutztiere zum angemessenen Preis.

Referate.

Die Hydriatik des Krupp. Von J. Sadger. (Arch. f. Kdhlkde. Bd. 45. Heft 1. u. 2.)

Verfasser gibt in seiner ausführlichen Behandlung die Methoden der Wasserbehandlung bei schwerem Krupp, die sich zurückdatieren bis auf die Wasserbehandlung mit Sturzbädern, ausgeführt von William Wright 1779. — Wenn auch von vornherein der Satz richtig sein möge: „Trotz Tracheotomie, trotz Intubation und Behrings Heilserum gehört die echte Rachenbräune noch heutigentags zu den gefürchtetsten Kinderkrankheiten, so kann ich den weiteren Satz nach Ansicht wohl fast aller objektiv urteilenden Pädiatern nicht unterschreiben, in dem es heisst: gegen welche wir (bezugnehmend auf Tracheotomie, Intubation und Heilserum) mit den üblichen Behandlungsweisen in den schweren Fällen fast machtlos sind etc.“ — Nicht zu unterschätzen sind zweifellos die Wasserbehandlungsmethoden sowohl bei Krupp, Diphtherie, wie bei allen fieberhaften Erkrankungen, selbst Augenentzündungen. „Bei einem jeden Mass Wasser, das man über das Kind stürzt, besonders zu Anfang der Begiessung ist das Kind gezwungen, tief und schnell auszuatmen“ (Lauda). — Auch ist die Ansicht des Verfassers richtig, dass halbe Massnahmen eher schädlich als nützlich sind. — Man kann also sicher zu den kalten Übergiessungen, wie unsere moderne Technik sie vorschreibt, zu den warmen Bädern mit kalten Übergiessungen, zu kalten Abreibungen, Umschlägen etc. etc., seine Zuflucht suchen, ohne damit sich heutzutage noch an Sturzbäder zu halten, man darf aber nicht ausser acht lassen, dass wir in Behrings Heilserum ein souveränes Mittel des Krupps haben. — Jedenfalls sind die genauen Ausführungen der verschiedenen Wasserbehandlungen sehr interessant und lesenwert.

F. Theodor (Königsberg i. Pr.)

Über die am häufigsten in der Mundhöhle des Kindes normal vorkommenden Bakterien, und über die Veränderungen, die durch dieselben hervorgerufen werden. Von T. Oshima (Arch. f. Kdhlkde. Bd. 45. Heft 1. u. 2.)

Es gelangen normalerweise einige Tage nach der Geburt des

Digitized by Google

Kindes Bakterien aus der Luft in die Mundhöhle und siedeln sich in den Falten der Mundhöhlenschleimhaut an. Bei gesunden Kindern sind sie belanglos, bei Erkrankungen können sie Gärungs- oder Fäulnisprozesse veranlassen. Verfasser hat nun Untersuchungen über diese Bakterien und ihre Wirkung angestellt und kommt zu folgenden Schlüssen nachdem er folgende Fragen in Betracht gezogen hat:

1. Kommt Milchsäure in der Mundhöhle des Kindes vor?
2. Welche Bakterien kommen bei der Mundhöhle des Säuglings am häufigsten vor?
3. Welche Bakterien sind am häufigsten bei älteren Kindern?
2. Welche pathologische Veränderungen bedingen dieselben?

Die Milchsäuregärung kommt vor, und zwar am häufigsten bei Kindern im Alter von 3—6 Monaten; ferner bei pathologischen Veränderungen, die durch die Bakterien bedingt sind, wie bei Glossitis, Gingivitis marginalis, Stomatites ulzerosa, Pharyngitis leptothrika, Angina ulzerosa, Infektion durch Sarcina, fand er Spirillen als Erreger der Entzündung des Zahnfleisches und der Geschwürsbildung des Zungenrandes, der Tonsillen und des Gaumens, ferner Leptothrixartis; Sarcina sehr selten als ein Erreger der Entzündung der Pharynxwand, ferner Bacillus fusiformis bei Stomatitis ulzerosa, und Jodokokkus vaginatus.

F. Theodor (Königsberg i. Pr.)

Beiträge zur Kenntnis der Darmstörungen der Säuglinge und der Säuglingssterblichkeit. Von T. I. P. Schubart Arch. f. geburtshilfl.-gynäkolog. Klinik in Heidelberg. Direktor Geh. Hofr. Prof. v. Rosthorn. (Arch. f. Kinderheilkunde. Bd. XXIV. Heft 1).

Da die Säuglingsterblichkeit, wie die Statistik erweist, in den ersten Lebenswochen und Monaten am grössten ist, muss auch die Hauptursache der grossen Säuglingsmortalität in der allerersten Zeit des extrauterinen Lebens gesucht werden.

Nach der Morbiditätsstatistik fordern die Magendarmerkrankungen im Säuglingsalter die meisten Opfer. Die Ursache dieser Erkrankungen, die eine weitverbreitete Schädigung darstellen muss, ist noch nicht genügend erforscht. Vor allem ist zu eruieren, welchen Einfluss die Art der ersten Bakterieninvasion in den durchlässigen an Schutzstoffen armen Darmkanal des Neugeborenen hat. Speziell die Zeit des Übergangs von Mekonium zum Bruststuhl ist eine kritische, bakteriologisch noch wenig geprüfte Zeit.

Bei der Untersuchung der Entleerungen von 20 Brustkindern fand Verfasser in allen Fällen zwischen 3. und 5. Lebenstag dyspeptische Stühle: entweder waren bei einer und derselben Entleerung die gelb gefärbten Kotmassen von grün gefärbten gefolgt und umgekehrt oder die aufeinander folgenden Tagesstühle zeigten einmal fast die normale Farbe, dann wieder die grüne. Der Übergang zu normalem Stuhl erfolgte in einzelnen Fällen zeitlich sehr verschieden, oft sehr verzögert mit Rückfällen. Man müsste also bei strenger Kritik trotz guten Gedeihens der Neugeborenen in allen Fällen von einer leichten Dyspepsie sprechen.

Digitized by Google

Verfasser versuchte die Ursache dieser Erscheinung bakteriologisch zu ergründen. Es sind:

1. Der Inhalt des Rektums ist unmittelbar nach der Geburt stets steril.

2. Die ersten Keime findet man 10—12 Stunden nach der Geburt, unabhängig von der ersten Nahrungsaufnahme. Man findet dann verschiedenartige Bakterien, die Escherich und Moro u. a. beschrieben haben.

3. Mit dem Auftreten des Milchstuhls wechselt die Darmflora, und zwar findet man dann u. a. regelmässig Bazillus azidophilus und Bakterium Coli.

4. Mit dem Beginn oben beschriebener Dyspepsie am 3.—4. Tag stellen sich ohne Ausnahme Staphylokokken ein, deren Masse mit dem Grade der Verdauungsstörung gleichen Schritt hält. Gleichzeitig vermindert sich Bazillus acidophilus an Zahl, während Bakt. Coli zunimmt. Wegen ihres regelmässigen Auftretens mit dem Beginn des dyspeptischen Stuhles glaubt Verfasser den Staphylokokken eine ätiologische Bedeutung bei dieser Verdauungsstörung zusprechen zu müssen. Herkunft der Staphylokokken ist aus der Luft, Badewasser, Brustdrüse der Mutter. Daher hat jedes Kind in den ersten Lebenstagen mit einer Staphylokokkenenteritis zu kämpfen. Je nach dem Kräftezustand des Kindes und der Quantität der eingewanderten Kokken kommt es nur zu dyspeptischen Stühlen oder zu Enteritis mit Allgemeinerscheinungen.

Nachforschungen nach dem ferneren Ergehen der in der Klinik geborenen Kinder haben ergeben, dass die Kinder, welche in den ersten Lebenstagen an schwereren Verdauungsstörungen gelitten haben, in höherem Grade nach ihrer Entlassung aus der Anstalt gefährdet sind. Sie gehen in höherem Prozentsatz an Darmerkrankungen zugrunde. Entweder sind dann die verderblichen Darmkatarrhe eine frische Exazerbation einer chronischen Darmerkrankung, die in den ersten Lebenstagen ihren Anfang nahm, oder die Infektion in den ersten Lebenstagen nimmt dem kindlichen Organismus einen grossen Teil seiner Schutzkräfte, so dass er einer späteren Bakterieninvasion leichter erliegt.

Die Erkenntnis, dass jeder Säugling in den ersten Lebenstagen eine, wenn auch leichte, Enteritis durchmacht, wirft nach der Ansicht des Verfassers auch neues Licht auf die Ätiologie des Ikterus neonatorum, den man dann als echten katarrhalischen Ikterus auffassen kann. Ist doch der Darmkatarrh in der Ätiologie dieser Krankheit nur deshalb vernachlässigt worden, weil man glaubte, sein seltenes Auftreten entspräche nicht dem massenhaften Auftreten der Gelbsucht. R. Stern (Heidelberg).

Die Barlow'sche Krankheit und ihre Behandlung. Von Bendix. (Zeitsch. f. ärztl. Fortbildg. 1907 Nr. 2.)

Die B. K. dokumentiert sich im klinischen Bilde als eine hämorrhagische Diathese der zwei ersten Lebensjahre, infolge chronischer Ernährungsstörung, welche speziell durch eine typische, mit starker Schwellung und

Digitized by Google

intensiver Schmerzhaftigkeit einhergehende Knochenerkrankung ihren Ausdruck findet. Dazu gesellt sich öfters eine skorbutartige Zahnfleischerkrankung, und als Begleit- oder Folgeerscheinung entwickelt sich häufig Kachexie und allgemeine Anämie. Das Leiden befällt in der Regel Kinder von 4—18 Monaten, nur ausnahmsweise scheint es bei Kindern aufzutreten, die das 2. Lebensjahr überschritten haben. Bei den von B. K. befallenen Kindern handelt es sich stets um künstlich ernährte Kinder, welche entweder mit einer der üblichen Milchverdünnungen oder mit künstlichen Nährpräparaten aufgezogen worden sind. Die meisten Fälle entstehen in der kälteren Jahreszeit, im Spätherbst oder im Frühling bei nasskalter Witterung.

Die B. K. beginnt für gewöhnlich ziemlich plötzlich mit Unruhe, Schlaflosigkeit, Verdriesslichkeit und vermindertem Appetit bei leidlich gut entwickelten Kindern, die bis dahin scheinbar ganz gesund waren. Bei der Untersuchung findet man Schmerzempfindlichkeit ganz besonders an den unteren Extremitäten, erhebliche Blässe der Haut, schlaffe und weiche Muskulatur. Die Temperatur ist beim Ausbruch der B. K. entweder normal oder wenig erhöht, nur in einigen vereinzelten Fällen erhebt sie sich bis zu 39 u. 40° C. — Bei den akut einsetzenden Fällen fallen sofort, bei den subakuten nach einigen Tagen die Veränderungen an den Knochen in die Augen. Die Knochen, und zwar vorwiegend die der unteren Extremitäten, schwellen an und erscheinen im weiteren Verlauf verdickt, und zwar mehr an der Diaphyse als an den Epiphysen. Über der Auftreibung ist häufig die Haut prall geschwollen, sieht glänzend und meist blass aus. Der Prozess an den Knochen kann auf eine Seite beschränkt bleiben oder beiderseitig werden. Nur ausnahmsweise werden andere als die langen Röhrenknochen ergriffen, selten finden sich harte, umschriebene Schwellungen am Schädel, an der Skapula, an den Rippen, am Os ilei, an der Fusswurzel. Ziemlich häufig ist eine Auftreibung des Ober- und Unterkiefers, und zwar dann stets in ihren Alveolarfortsätzen. Epiphysenlösungen, bald mit Krepitation bald ohne dieselbe, gehören nicht zu den Seltenheiten. Auf der Höhe der Affektion kann sich die Empfindlichkeit gegen Berührung und die Scheu vor aktiver Bewegung bis zur völligen Bewegungslosigkeit — Pseudoparalyse — steigern.

Noch charakteristischer wird das Krankheitsbild, wenn hämorrhagische Erkrankungen der Haut, der Schleimhäute oder der inneren Organe hinzukommen. Obenan in der Häufigkeit steht die skorbutartige Schwellung und Blutung des Zahnfleisches. Bemerkenswert ist, dass diejenigen Partien des Zahnfleisches, wo bereits Zähne durchgebrochen sind, oder wo sich der Durchbruch vorbereitet, hochgradig geschwollen, von schwammiger Konsistenz und dunkelblaurot gefärbt sind. Sind noch keine Zähne vorhanden, so zeigt das Zahnfleisch überhaupt keine Abnormität oder höchstens ganz kleine bläuliche Flecken an den Stellen, wo der Durchbruch des Zahnes zu erwarten ist. Nur sehr selten kommt es zu einer ausgesprochenen Stomatitis mit Ulzeration und foetor ex ore. — Seltener sind Blutungen in der Haut, vereinzelt Blutungen der Schleimhäute, so an der Zungenspitze, an den Zungenrändern in Gestalt punktförmiger Hämorrhagien, ferner Nasenblutungen und subkonjunktivale Blutungen. Gelegentlich kann es auch zu einer ödematös-hämorrhagischen Anschwellung eines oder beider Augenlider kommen. Bluthaltige Stühle gehören zu

Digitized by Google

den Seltenheiten. Auch die Mitbeteiligung der Nieren und speziell die Nierenblutungen sind ein seltenes Vorkommnis.

Ab und zu kommen Fälle vor, die mit nur geringer Intensität einsetzen; es besteht neben ausgesprochener Anämie, herabgesetztem Appetit, allgemeiner Unruhe nur allgemeine Hyperästhesie oder Empfindlichkeit der Beine ohne Schwellung derselben. Werden diese rudimentären Fälle (formes frustes) rechtzeitig erkannt, so wird durch Wechsel in der Ernährung der eigentliche Ausbruch der Krankheit verhütet.

Der Verlauf der Krankheit ist fast regelmässig ein chronischer und erstreckt sich gewöhnlich auf 2—3, meist sogar auf 3—4 Monate, wenn die Diagnose nicht gestellt und eine Behandlung nicht eingeleitet wird; in seltenen Fällen genesen die Kinder ohne Behandlung in 2—3 Wochen, und es soll die Spontanheilung durch Eintritt der warmen Witterung begünstigt werden. In der Regel bedarf es zur Heilung aber einer richtigen und frühzeitigen Behandlung, die meist in kurzer Zeit zum Ziele führt. — Nicht ausgeschlossen sind im Verlauf der Krankheit Störungen von seiten des Darms und der Luftwege, die dem schon durch die Blutungen geschwächten Kinde leicht verhängnisvoll werden können.

Die Prognose der B. K. bietet im allgemeinen günstige Chancen, vorausgesetzt, dass das Leiden rechtzeitig erkannt, und zweckmässig behandelt wird. Die B. K. ist eine Affektion, die Neigung hat spontan zu heilen; immerhin ist eine Reihe von Todesfällen beobachtet worden.

Anatomisch handelt es sich bei der B. K. der Hauptursache nach 1. um eine Neigung von Blutaustritten aus den Gefässen, die vorwiegend das Knochenmark und das Periost betrifft, aber auch auf andere Organe, Haut, Schleimhaut, so des Intestinaltraktus, des lymphatischen Apparates, auf die Mesenterialdrüsen und auf die Milz übergreifen kann und 2. um eine in Abhängigkeit von den Markblutungen auftretende Ernährungsstörung, welche sich im Speziellen in einer Hemmung der Knochenapposition, einer lokalen Atrophie des Knochens, die zuweilen zu einem Brüchigwerden desselben führt, äussert. — Mit Rachitis hat die B. K. jedenfalls nichts zu schaffen.

Unsere Erkenntnis von der eigentlichen Entstehungsursache und dem Wesen der Affektion ist noch wenig befriedigend. Zweifellos liegt eine Ernährungsstörung derselben zu Grunde.

In Bezug auf die Behandlung ist das Leiden für den Arzt eine dankbare Aufgabe. Sobald anstatt der vorher verabreichten, gekochten, sterilisierten oder konservierten Milch oder für die Mehl- und künstlichen Milchpräparate eine rohe, ungekochte Milch verabreicht wird, wendet sich wie mit einem Schlage das Krankheitsbild zum Guten. Daneben verabreiche man täglich einige Kinderlöffel frischen ausgepressten Fleischsaftes (in Verbindung mit geringen Mengen von Malaga oder Ungarwein). Auch rohes Schabefleisch ist empfehlenswert. Da die frische vegetarische Nahrung ihrer „antiskorbutischen" Eigenschaften wegen gerühmt wird, so erscheint es nicht unangebracht zu sein, mittags neben einer Kalbsbrühe oder Hühnersuppe einige Kaffeelöffel frischen und durch das Sieb geschlagenen breiförmigen Gemüses (Kartoffelmus, Spinat, Mohrrüben u. s. w.) zu verabreichen. Auch Kastanien, Artischocken, Kresse können verwendet werden. Ferner gibt man mit Erfolg, besonders bei jungen Kindern, täglich 2 bis 3 mal einen Kaffeelöffel Fruchtsaft (Zitronen, Himbeeren, Erdbeeren, Trauben,

Digitized by Google

Kirschen, Äpfel, Birnen, Mohrrüben, rote Rüben, Apfelsinensaft) entsprechend versüsst; auch Apfelmus eignet sich hierfür. Barlow empfiehlt einen Esslöffel Orangen- oder Traubensaft mit Wasser zu verdünnen und in einzelnen Portionen zu geben. Henoch und Baginsky geben 5—6 mal täglich 1 Teelöffel frischer Bierhefe. Letzerer wendet auch Pinzelungen mit Zitronensaft zur Bekämpfung der Mundaffektion an.

Neben der Regelung der Diät machen allgemeinhygienische Verordnungen einen Hauptfaktor der Behandlung aus. Grosse, luftige, trockene Wohnräume für das Kind, wenn möglich täglich häufiger Aufenthalt im Freien bei gutem, nicht feuchtem Wetter, genügende Hautpflege durch warme Bäder u. s. w.

Medikamente kann man sich sparen. Von einigen Autoren werden tonisierende und roborierende Mittel, wie Chinadekokte, Eisenpräparate, Phosphor in Verbindung mit Lebertran oder Lipanin angewendet.

Zur Linderung der Schmerzen kann man um die geschwollenen Extremitäten Priessnitz'sche Umschläge anwenden und falls in schwereren Fällen die Befürchtung einer Epiphysenlösung oder einer Fraktur vorliegt, Verbände anlegen. Schnell (Egeln).

Über Heissluftherapie bei Emphysem, chronischer Bronchitis und Asthma bronchiale. Von E. Cohn-Kirdborg. (Universitätspoliklinik Bonn. Berliner klinische Wochenschr. 1906. Nr. 41).

Tierexperimente hatten ergeben, dass Erhitzung der Thoraxoberfläche eine intensive Blutableitung bewirkt. Es fand sich regelmässig eine starke Blutüberfüllung nicht nur der äusseren Haut, die sogar ödematös wurde, sondern alle Schichten der Thoraxwand, bis zur Pleura costalis und zwar blieb diese Veränderung noch lange Zeit über den Tod des Tieres hinaus nachweisbar. Weiterhin hatten Versuche an Tuberkulösen gelehrt, dass durch die Heissluftbehandlung zwar der tuberkulöse Prozess in den Lungen nicht beeinflusst wurde, dass aber doch gewisse Begleiterscheinungen, wie namentlich asthmatische Zustände, dann aber auch emphysematöse Veränderungen und chronische Bronchitis hierdurch gebessert wurden. Nach diesen Erfahrungen wurden nun die Versuche an Kranken systematisch durchgeführt. Der Patient sitzt in dem, an den Öffnungen für Kopf, Rumpf und Arme mit Filz abgedichteten Heissluftkasten. Der Körper berührt nirgends die Holzwände, die Temperatur im Kasten wird bis auf 80° C. erhöht. Die Sitzung dauert eine Stunde. Die Erfolge scheinen recht befriedigende zu sein: 12 Fälle von Emphysem mit Bronchitis, werden mehr oder wenig günstig beeinflusst. Zwei von diesen 11 Kranken sind vollkommen erwerbsfähig geworden, ein Teil ist bedeutend gebessert und zu leichter Arbeit fähig. An 5 Fällen von Asthma bronchiale, darunter 4 Kinder mit chronischer Bronchitis und kontinuierlichen Beschwerden, ist ein seit 3 Jahren an Asthma leidender 12jähriger Knabe vorläufig geheilt, zwei Knaben von 6 und 7 Jahren, ebenso 2 Mädchen von 11 und $8^1/_2$ Jahren wesentlich gebessert. Das zu Beginn der Behandlung vorhanden gewesene Volumen pulmonum auktum ging völlig zurück, das Herz liess wieder eine absolute Dämpfung zum Vorschein kommen; es verschwand der laute Stridor und es blieben nur Rhonchi hörbar. Seither hat sich diese Behandlung in weiteren Fällen, 2 Erwachsene, 1 Kind be-

Digitized by Google

währt. Bei den mit Emphysem und Asthma behafteten Kranken, war oft schon während der ersten Sitzung die Atemnot geringer. Die Kranken durften nicht unmittelbar nach der Erhitzung ins Freie gehen. Bei bronchitischen Prozessen liessen Auswurf und Husten nach. Die Kranken erlangten wieder ihre Nachtruhe. In einem Fall von Emphysem stieg die Vitalkapazität nach 40 Sitzungen von 1038 auf 2076 cm^3. Die Heissluftbehandlung ist weniger gefährlich und weniger angreifend als die in gleichen Fällen ebenfalls wirksame Röntgenbestrahlung; sie wird selbst von Kindern und schwächlichen Personen gut vertragen, wofür auch der Umstand spricht, dass kein einziger so behandelter eine nennenswerte Gewichtsabnahme erfuhr. Von der Anwendung des Verfahrens bei vorgeschrittenen Tuberkulösen wird dringend abgeraten.

H. Netter (Pforzheim).

Nierenkomplikationen im Verlaufe der Impetigo und des Ekzema impetiginosum. Von L. Guinon und Pater. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance 1906, November).

Von allen viszeralen Komplikationen des Ekzems der Säuglinge ist die von verschiedenen Autoren bereits studierte Nephritis die wichtigste. Die beiden Verfasser bringen darüber 3 neue Beobachtungen. Die erste betrifft ein 7jähriges Kind mit ausgebreitetem Ekzema impetiginosum, Nephritis hämorrhagica, mit abundanter Albuminurie und Cylindrurie. Die Behandlung des Hautleidens brachte in kurzem auch eine Besserung der Nephritis. Das gleiche lag im zweiten Fall vor, trotz ausgedehnter Ödeme. Der dritte Fall betraf einen 18 Monate alten Säugling und endete tötlich: Nephritis mit schweren Ödemen, Anurie und Bronchopneumonie waren die Haupterscheinungen intra vitam. Die Nieren waren gross, blass auf den Durchschnitt. Die Tubuli durch Zylinder verstopft und beginnende intertubuläre Sklerose. Es will scheinen, als ob diese renalen Komplikationen bei Impetigo vielleicht häufiger sind als man nach der nicht eben grossen Zahl der Beobachtungen annehmen konnte. Sie mögen oft genug unerkannt bleiben, solange es nicht zu Anasarka und weiterhin zu urämischen Erscheinungen kommt und solange man nicht systematisch den Urin der an ausgedehnter Impetigo erkrankten Säuglinge untersucht. Die Symptomatologie dieser Nephritiden bietet nichts Besonderes, ausser dass die Hämaturie durchaus keine Seltenheit ist und dass ferner die Schwere der Nephritis nicht notwendig der Intensität der Hauterscheinungen parallel sein muss. Darum gilt es auch, die Hautaffektion ohne Zögern energisch zu behandeln. Man sieht dabei oft sehr schnell eine hämorrhagische Nephritis von schwerem Ansehen heilen. Diese Komplikationen sind offenbar infektiöser Natur und oft ist die Nephritis nur der sichtbarste Ausdruck einer wirklichen Septikämie, deren Existenz durch den Befund von Staphylokokken im Blut ihre Bestätigung findet. Gleichwohl ist die Rolle nicht zu übersehen, die eine Schwächung und Unterdrückung der Hautfunktion und die darauf beruhende Intoxikation spielen, ähnlich der im Gefolge ausgedehnter Verbrennung auftretenden Nephritis.

H. Netter (Pforzheim).

Über Hydroa vacciniformis. Von Malinowski. (Archiv für Dermatologie und Syphilis, Bd. 78, 2. u. 3. Heft.)

Nach dem von Bazin 1861 zuerst aufgestellten Krankheitsbild darf

Digitized by Google

der von Malinowski geschilderte Fall als ein typischer bezeichnet werden. Die Beobachtung erstreckt sich über 2 Jahre. Die charakteristischen Merkmale des Falles können dahin resumiert werden: Eruption unmittelbar nach Einwirkung der Sonnenstrahlen auf unbedeckte Körperteile, nach längerem Aufenthalt im Freien und zwar einige bis 10 Stunden nach der Besonnung. Die bedeckten Körperteile blieben frei, erkrankten jedoch auch, als sie zufällig der Wirkung der Sonnenstrahlen ausgesetzt waren. Im Winter trat kein einziger Anfall auf, trotzdem der Knabe öfters im Freien war und den Sonnenstrahlen ausgesetzt war. Typisch ist bei dem 7jährigen Kranken der Verlauf des Ausschlages — papulo-vesicula, Vesicula mit Delle und Blutergüssen, Kruste, pockenähnliche ziemlich tiefe, mit der Zeit erblassende Narbe. Besonders betroffen waren bei dem Knaben die Ohren, am schwächsten die Hände. Bei sehr reichlichem Ausschlag traten als Begleiterscheinungen Störungen der Magen- und Darmfunktion, unruhiger Schlaf, geringe Temperatursteigerung und Schwellung der axillaren und zervikalen Lymphdrüsen auf, doch fehlte in dem Falle Malinowski's eine Veränderung des Allgemeinzustandes. — Die meisten Fälle stammen aus England, wie sich aus dem Literaturverzeichnis ergibt; in Frankreich, Deutschland, Norwegen, Italien, in der Schweiz und in Amerika sind je einzelne Fälle gesehen worden. Der Malinowski'sche Fall ist der einzige in Polen. Von den atypischen Fällen der Autoren hat Unna's Hydroa puerorum einige Merkmale mit der Hydroa vacciniformis Bazin gemeinsam: das Auftreten in der Kindheit, die alljährlichen Rückfälle im Sommer, die Tendenz zu spontaner Besserung und zur völligen Heilung im reifen Alter. Aber der Ausschlag hört sowohl auf bedeckten wie auf unbedeckten Körperteilen auf, und, wenn es überhaupt zur Bläschenbildung kommt, — oft bleibt der Ausschlag auf dem primären Stadium von Flecken resp. Papeln stehen — ist die Narbenbildung eine sehr unbedeutende, oder sie fehlt überhaupt. Identisch mit Unna's Hydroa puerorum scheint das Summer prurigo der Engländer zu sein. Hutchinson hat viele Fälle dieser Erkrankung beobachtet und unterscheidet sie von dem einzigen Falle von Summer eruption, i. e. Hydroa vacciniformis Bazin, den er gesehen hat. Dagegen gehören zum Typus Hydroa vacciniformis Bazin, die Fälle von J. C. White (Annales de Dermat. 1899), obgleich der Ausschlag hier nur im Winter auftrat. Es wäre also nach dem Beispiel einer Prurigo hiemalis eine Hydroa vacciniformis hiemalis neben einer Sommerhydroa zu unterscheiden, Malinowski ist geneigt, Hydroa vacciniformis als die intensivste, weil von Anfang an nekrotische Form in der Reihe der durch Kälte und Wärme verursachten Ausschläge (Erythema, Ekzema, Hydroa puerorum) zu betrachten und zieht eine Parallele zwischen diesen Ausschlägen und den verschiedenen Graden der Verbrennung und Erfrierung, die von der Intensität des wirkenden Agens und von der individuellen Empfindlichkeit abhängig sind. Dass es die Wärmestrahlen sind, welche den Ausschlag bei Hydroa vacciniformis Bazin erzeugen, dafür sprechen Versuche von Graben: das elektrische Licht, das so viele chemisch wirkende Strahlen enthält, blieb ohne jegliche Wirkung auf seine Patientin. (Journ. of cutan. dis. 1896). — Aus kosmetischen Gründen empfiehlt Crocker jede Effloreszenz durchzustechen und Jodoformäther zu injizieren oder Jodoform- oder Borsalbe

Digitized by Google

anzuwenden. Bazin verschrieb Alkalien, in einem Falle, in welchem alles versagte, erfolgte bedeutende Besserung nach einer Trinkkur in Bourboulle.

H. Netter (Pforzheim).

Über die Ausnutzung des Eisens bei Säuglingen. Von N. Krasnogorsky. (Jahrb. f. Kinderh. 64. Bd., Heft 5.).

Auf Grund seiner Versuche glaubt Verf. nachstehende Schlussfolgerungen aufstellen zu können:

1. Die Eisenverbindungen der Frauenmilch werden von Säuglingen unvergleichlich viel besser resorbiert und retiniert als die der Ziegenmilch.

2. Die Resorption und Retention der Eisenverbindungen der rohen Milch ist im Säuglingsalter bei weitem niedriger als die der gekochten Milch.

3. Der geringe Eisengehalt der Frauenmilch wird durch den hohen Prozentsatz der Eisenretention kompensiert.

4. Die Eisenverbindungen des Spinats und Eidotters unterscheiden sich nicht wesentlich in Bezug auf die Resorption und Retention von einander, bleiben aber bedeutend in dieser Beziehung hinter den Frauenmilcheisenverbindungen zurück.

5. Die natürlichen Eisenverbindungen der Nahrung werden ohne Zweifel ausgiebiger und wahrscheinlich in besser verwertbarer Form von den Kindern resorbiert als das Eisen der Fabrikpräparate.

6. Die ungenügende Zufuhr von Eisen mit der Nahrung kann ungünstige Folgen für den kindlichen Organismus haben, nicht nur für die Bildung und funktionelle Tätigkeit des Bluthämoglobins, sondern überhaupt für die oxydierenden und plastischen Prozesse der Gewebe.

H. Netter (Pforzheim).

Erfahrungen über Darmadstringentia. Von Ernst Spitzer. (Wien. med. Pr., No. 27 u. 28, 1906.)

Verf. versuchte Tannigen 1. bei Dünn- und Dickdarmkatarrhen sowie der sogenannten Sommerdiarrhöe der Säuglinge und konnte sich von der auffallend günstigen Wirkung des Mittels wiederholt überzeugen; 2. bei subakuten und chronischen Enteritiden älterer Kinder, einem Falle von Enteritis follicularis und 3. bei subakuten und chronischen Darmkatarrhen Erwachsener.

Bezüglich der Dosierung und Anwendung des Tannigens hielt sich Verf. im allgemeinen an die Weisung, stets mit grösseren Dosen (0,75 bis 1.0) 2—3mal täglich zu beginnen, dann auf 0,5 g 4—5 mal täglich zurückzugehen und dies bis zum Schwinden der akuten Erscheinungen fortzusetzen. Bei längerem Gebrauche kann man auf 0,3 g mehrmals im Tage herabgehen. Bei Kindern über 2 Jahren wandte er Dosen von 0,3—0,5 g, bei Kindern unter diesem Alter solche von 0,25 g anfangs und später 0,10—0,15 g. mehrmals täglich.

Für die Nachhaltigkeit der Wirkung erscheint es notwendig, das Mittel nach dem Nachlassen der Erscheinungen noch einige Tage in fallender Dosis nehmen zu lassen.

Als geeignetste Zeit für das Einnehmen wird $^1/_2$ bis eine Stunde nach der Mahlzeit bezeichnet, da dann Salz- resp. Milchsäure reichlich im

Digitized by Google

Magen vorhanden ist. Patienten mit Anazidität des Magens sollen eine Salzsäurelösung nachtrinken.

Man verrührt das Pulver in einen Löffel voll Wasser und lässt nach dem Einnehmen noch etwas Wasser nachtrinken. Bei einigen besonders empfindlichen Kindern liess Verf. — dem Vorschlage Prof. Escherichs folgend — das Mittel der Nahrung beimengen; bei Erwachsenen empfiehlt sich am besten die Tannigentablettenmedikation (a 0,5 g), und zwar in der Originalpackung „Bayer".

Die Schnelligkeit der Wirkung des Tannigens bei seinen Versuchspersonen war natürlich je nach der Schwere und Dauer der Erkrankung der einzelnen Fälle eine verschiedene und konnte er im günstigsten Falle bei leichten Darmkatarrhen oft schon nach 24 Stunden einen deutlichen Erfolg, kenntlich durch verminderte Zahl und veränderte Konsistenz der Entleerungen, feststellen. Die Dauer des Tannigengebrauches seiner Patienten schwankte zwischen 5 Tagen als kürzester und 3 Wochen als längster Gebrauchszeit. In keinem der 33 mit Tannigen behandelten Fälle versagte das Mittel, welches meistens sehr rasch und auffallend seine adstringierende Wirkung entfaltete.

Die erste Gruppe der Versuchsreihe umfasste neun Säuglinge im Alter von 4—9 Monaten; darunter litten sechs an gewöhnlichem Enterokatarrh, der Rest an sogenannten Sommerdiarrhöen. Bei den an leichter Form von Cholera nostras erkrankten Kindern gab er nebst ausschliesslicher Teediät am ersten Krankheitstage kleine Dosen von Kalomel, da der Brechreiz der Patienten gering, also der Magen nur wenig in Mitleidenschaft gezogen war.

Vom zweiten Tage an wurde Tannigen 0,20 g 4 mal täglich verordnet; schon am darauffolgenden Tage begannen die heftigen Durchfälle zu sistieren. Am sechsten bis achten Tage nach Beginn der Erkrankung trat in sämtlichen drei Fällen Heilung ein. Vom dritten resp. vierten Krankheitstage an wurde 3 mal täglich 0,15 g Tannigen verordnet und dasselbe nach Eintritt normaler Stühle noch durch einige Tage in Dosen von 0,10 g 2—3 mal täglich weiter gegeben. Die während der Krankheit beobachtete Diät bestand in der ersten Zeit nur in löffelweise verabreichtem russischen Tee. Vom zweiten resp. dritten Tage an, wo die stürmischen Krankheitserscheinungen (Erbrechen und profuse Diarrhöen) nachliesen, wurde Reiswasser mit geringem Zusatze von Theinhardts Kindernahrung gegeben und in den nun folgenden Tagen vorsichtig mit Milchzusatz begonnen.

Sehr befriedigend waren die Resultate mit Tannigen bei den gewöhnlichen Dünn- und Dickdarmkatarrhen der Säuglinge, wo ebenfalls in wenigen Tagen eine deutliche Besserung, kenntlich in Verminderung der Zahl und Änderung der Konsistenz der Stühle, bemerkbar wurde. Der Schleimgehalt verschwand und die zuerst wässerigen Entleerungen zeigten bald deutliche kotige Bestandteile.

In der zweiten Gruppe befinden sich 16 ältere Kinder im Alter von $1^1/_2$—14 Jahren, welche wegen subakutem und chronischem Darmkatarrh, Enteritis follicularis (ein Fall) mit Tannigen behandelt worden waren. Auch in diesen

Digitized by Google

Fällen bewährte sich Tannigen — zur richtigen Zeit verordnet — vorzüglich.

Die dritte Gruppe von Versuchspersonen enthält 2 Männer und 6 Frauen, welche wegen subakuten und chronischen Darmkatarrhs durchwegs erfolgreich mit Tannigen in Tablettenform behandelt worden waren.

In allen Fällen von Darmkatarrhen der verschiedensten Provenienz bei Kindern und Erwachsenen hatte sich Tannigen vollkommen bewährt und konnte Verf. in keinem einzigen Falle irgendwelche unangenehme Begleit- oder Folgeerscheinungen beim Gebrauch des Mittels beobachten; ebensowenig sah er auch bei längerer Anwendung und nach relativ grossen Dosen von Tannigen eine hartnäckige Obstipation eintreten. Sp. kann somit nach seinen bisherigen Erfahrungen Tannigen als ein unschädliches, verlässliches Darmadstringens wärmstens empfehlen.

Beiträge zur Röntgenoskopie von Knochenaffektionen hereditär luetischer Säuglinge. Von O. Reinach. (Arch. f. Kdhlkde. Bd. 45. Heft 1 und 2.)

Verfasser berichtet über 7 Fälle, bei denen speziell Knochenveränderungen in Kombination mit Bewegungsstörungen klinisch ins Auge fielen, von denen es sich bei 6 derselben um Anschwellungen der proximalen Vorderarme und zum Teil auch distalen Humerusenden, beim 7ten Fall um diffuse Verdickung beider Unterschenkel handelt. — Die Anamnese lautete bei allen Fällen fast einstimmig, dass die Kinder seit kürzerer oder längerer Zeit die Arme und zum Teil auch die Beine nicht mehr von selbst bewegen und bei Berührung deutliche Schmerzenäusserungen auftreten. Neben diesen Knochenaffektionen zeigten sich noch weitere Symptome von Lues.

Die Kinder wurden in Intervallen radioskopisch untersucht und ergaben bemerkenswerte pathologische, im Skiagramm deutlich zum Ausdruck gelangende Befunde.

Es wurde konstatiert, dass mit Vorliebe die epiphysäre Ossifikationszone der kurzen und langen Röhrenknochen, als die Gegend vorwaltender Wachstumsvorgänge, von spezifischen Alterationen befallen ist. Die Beteiligung des Periostes geschieht in Gestalt von Osteophytenbildung oder Verdickung meist auf dem Wege ursprünglich gebildeten osteoiden Gewebes. Auffallende pathologische Vorgänge wurden sowohl an den epiphysären Verkalkungszonen, an der Kortikalis, dem Periost und der Spongiosa gesehen.

Genaue Beschreibung der sieben Krankenberichte und Skiagrammbefunde erläutern aufs klarste die interessanten Befunde.

F. Theodor (Königsberg i. Pr.)

Salizylspirituskompressen bei Scharlach, Zerebrospinalmeningitis etc. Von Joet. (St. Petersburger medizin. Wochenschrift 1906. Nr. 9.)

Nach dem Vorschlag von Philippson 1898, Furunkel mit 2 Prozent Salizylspiritus zu behandeln, hat Verf. seit dieser Zeit dieses Verfahren in vielen Fällen mit Erfolg angewandt, und zwar mit sichtbarer Wirkung in ca. 50 Fällen von Scharlachangina aus zwei Epidemieen. Das

Digitized by Google

auffallende der ersten Epidemie 1901 (ca. 20 Fälle) war die ausserordentliche Schwellung und Vereiterung der Halsdrüsen. Alle nicht behandelten Drüsen vereiterten. Eine vom Nacken bis zum Schwertfortsatz des Brustbeins reichende Phlegmone heilte nach der Inzision rasch unter einer Salizylspirituskompresse. Die Schwellung der nicht vereiterten Drüsen, wenn sie auch noch so stark war, ging unter Salizylbehandlung zurück. Das Charakteristische der zweiten Epidemie von 1905 war die Nekrose der Tonsillen und des Rachens. Von Nichtbehandelten starben sehr viele, sowohl Kinder wie Erwachsene. Von den behandelten 20 Patienten aus der ersten Epidemie genasen alle, von den 30 der zweiten starben 2 Kinder von $3^1/_2$ resp. 6 Jahren. Der Allgemeinzustand bei Übernahme der Behandlung war ein ganz desolater. Die Behandlung der Scharlachpatienten Verfs. bestand in Salizylspiritusumschlägen um den Hals und hinter den Ohren, keine Gurgelungen, keine Pinselungen. Dafür bekamen die Patienten innerlich von einer Lösung von Ammon. sulfoichthyolit auf Aq. dest. āā 4 mal täglich soviel Tropfen, wieviel Jahre der Patient zählte. In allen Fällen, mit Ausnahme jener zwei sah Verf. schnelle Besserung eintreten. Kam der Kranke gleich im Anfang in Behandlung, so verlief die Krankheit ganz leicht und ungefährlich. Bei dieser Behandlung sah Verf. niemals Nieren-, selten Ohrenentzündung auftreten. Auch die Zerebrospinalmeningitis hat Verf. mit Salizylspirituskompressen behandelt. Die Kompressen wurden über die ganze Wirbelsäule und den Hinterkopf gelegt. Zwei schwere Fälle werden in ihren Hauptzügen beschrieben, beide Kinder, ein 13jähriger und ein $4^1/_2$jähriger Knabe, kamen durch, der erstere allerdings mit völligem Verlust des Gehörs, der zweite ohne irgendwelche Folgeerscheinungen. Hier war auch innerlich Natr. salizyl. und Natr. bicarbon. āā gegeben worden. Ausser bei Peritonitis, 2 gonorrhoischer Provenienz, Pleuritis, Typhlitis, Tendovaginitis, Phlebitis hat Verf. noch günstige Erfolge in in einem Fall von Hydrocele bei einem 2jährigem Kinde. Die Flüssigkeit verschwand ohne Punktion. H. Netter (Pforzheim).

Gesundheitspflege.

Wie lang soll eine Unterrichtsstunde sein? Von Dr. Ludwig Wagner, Verf. nennt im Anhang seiner Bearbeitung des äusserst beachtenswerten Buches von Maria von Manacéine „Die geistige Überbürdung in der modernen Kultur", die fast allgemein üblichen Lektionen von der ungefähren Dauer einer Stunde, „einen gedankenlos übernommenen Unfug aus alter Zeit." Er führt zur Begründung die Ergebnisse der von verschiedenen Psychologen angestellten Untersuchungen an, die übereinstimmend ergeben, dass die Fähigkeit, aufzumerken, bei jüngeren Kindern nach 20, bei älteren nach 30 Minuten bereits erschöpft ist. Unter Berücksichtigung des Umstands, dass ein Teil der Lektion nicht eigentlich zum Unterricht, sondern zu anderen Zwecken (Wiederholung, Einübung) verwandt wird, kommt Wagner zu dem Ergebnis, dass eine Dauer von 45 Minuten das

Digitized by Google

hygienisch noch zulässige Maximum sei, über das unter keinen Umständen hinausgegangen werden soll, und dass für kleine Kinder halbstündliche Lektionen zu empfehlen seien. — Die Abkürzung der Unterrichtstunden allein wird aber schwerlich dem Übel steuern. Es muss vielmehr auf jede Lektion eine entsprechende Erholungspause folgen. Halbstündliche Lektionen in der Art, wie sie vor einigen Jahren in den Grundklassen der Berliner Gemeindeschulen eingeführt wurden, die nach Verlauf einer halben Stunde die ermüdete Aufmerksamkeit sogleich wieder für ein anderes Unterrichtsfach in Anspruch nahmen, waren, hygienisch betrachtet, gewiss kein Fortschritt, und es ist kaum zu bedauern, dass sie grösstenteils wieder aufgegeben sind. Lektionen von 40 bis 45 Minuten, nach jeder ersten eine Pause von 15, nach jeder zweiten eine solche von mindestens 20 Minuten! Das dürfte wohl das Richtige sein und zwar ebenso für die Volksschulen wie für die höheren Lehranstalten.

Kühner (Koburg).

Rezensionen.

Das Buch vom Kinde. Ein Sammelwerk für die wichtigsten Fragen der Kindheit unter Mitarbeit zahlreicher Fachleute herausgegeben von Adele Schreiber. Leipzig u. Berlin 1907, B. G. Teubner. Preis 20 Mark.

Das „Buch vom Kinde“ soll ein Wegweiser sein, ein treuer Führer ins Kinderland. Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachleute gibt es in einzelnen, populär gehaltenen Aufsätzen, die durch zahlreiche Illustrationen erläutert werden, Lehren für die Pflege von Körper und Seele des Kindes, erörtert alle die wichtigen Probleme der Erziehung und bietet reichhaltige Ratschläge über Beschäftigung und Heranbildung vom frühesten Kindesalter bis zur Zeit der Reife. Reform des Schulwesens, die gesetzliche Fürsorge für die Kindheit, die Frage der Berufswahl für Knaben und Mädchen — kurz, alles, was irgendwie Berührungspunkte mit der Kindheit hat, ist in den Rahmen der Erörterung gezogen. Das mit vielen schönen Illustrationen ausgestattete Buch dürfte gebildeten Elternkreisen aufs wärmste anempfohlen werden. S.

Erziehung zur Mannhaftigkeit. Von Ludwig Gurlitt. 3. Aufl. Berlin 1906, Concordia, Deutsche Verlags-Anstalt, Herm. Ehbock.

Verf., der sich durch eine Reihe von Schriften auf dem Gebiete der Reform der Jugenderziehung bekannt gemacht hat, bezweckt mit dem Werke: „ein Selbstbesinnen, ein Erwachen, ein Sichaufraffen, einen Willen zur Tat aller derer, die Volkserzieher im weitesten Sinne sind.“ Das Buch enthält neben vielen Übertreibungen, eine Fülle von brauchbarem Material über die brennende Frage der Jugenderziehungsreform und wird mit grossem Interesse von allen denen, die diese Frage berührt, gelesen werden. S.

Digitized by Google

Muttersorgen und Mutterfreuden. Ratschläge für die junge Frau. Von Dr. Eugen Neter. Gr. 8° 78. S. München 1907, Verlag d. ärztl. Rundschau (Otto Gmelin). Preis 1,20 Mk., 100 Expl. 50 Mk.

Der als tüchtiger Pädiater bekannte Verfasser gibt in dem prächtigen Büchelchen den jungen Müttern klare Vorschriften über alles was mit der Ernährung und Pflege des Kindes im 1. Lebensjahre zusammenhängt. S.

Die Behandlung und Heilung nervöser Angstzustände, Zwangsvorstellungen und psychisch-nervöser Leiden. Von Dr. Adalbert St. Phar. Leipzig 1907, Webels Verlag Dr. Abel u. Born. Preis 3 Mk.

Die Schrift erörtert ausführlich die soweit verbreiteten nervösen Angstzustände und im weiteren Sinne alles was unter den Begriff „Neurasthenie" fällt. Die einzelnen Heilmittel wie Wasser-Luftkuren, Diät, Massage werden eingehend besprochen. Da das Werkchen populär gehalten ist, so kann es auch von Laien mit Vorteil benutzt werden. S.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Über den Eiweissgehalt der Säuglingsstühle. Von Dr. T. Oshima.

Nachdem Verfasser die Resultate der Säuglingsstuhl-Untersuchungen, die sich, obgleich sie zum Teile mit grösster Exaktheit und schärfster Kritik ausgeführt sind, als different erwiesen haben und die Gründe dieser Verschiedenheit erklärt hat, mitgeteilt hat, ging er selbst daran, die Stühle von 200 sowohl gesunden, als auch magenkranken Säuglingen des verschiedensten Alters, die mit den verschiedensten Nahrungsmitteln ernährt wurden, zu untersuchen. —

Verfasser kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

Bei Brustkindern fiel die Eiweissreaktion nur bei katarrhalischer Erkrankung der Darmschleimhaut deutlich positiv aus bei Kindern, die mit Mutter-Kuhmilch ernährt wurden, schon bei bestehender Dyspepsie. Bei Kuhmilchkindern war Eiweiss im Stuhl schon im gesunden Zustande. — Im Hungerstuhl war Eiweiss in reichlicher Menge vorhanden.

(Arch. f. Kinderhlkd., Bd. 45.) F. Theodor (Königsberg i. Pr.)

Säuglingssterblichkeit und Wohnungsnot. Von E. Meinert.

Die grosse Säuglingssterblichkeit hängt mehr von schlechten Wohnungsverhältnissen als von der Ernährung ab. So ist insbesondere die Cholera infantum Ausdruck einer Wärmestauung, eines Hitzschlages, der sich in kleinen Wohnungen eng aneinander gebauter Häuser ohne Licht

Digitized by Google

und Luft während der heissen Sommermonate geltend macht. Überraschenderweise übersteigt in Leipzig die Mortalität der ehelichen Säuglinge während des Sommers jene der unehelichen, da durch ein strenges Aufsichtssystem die Wohnungsverhältnisse der unehelichen Ziehkinder relativ günstiger sind. Die Abhängigkeit der Cholera infantum von der Wohnungsfrage wird vom Verf. in sehr interessanter Weise auseinandergesetzt und damit eine hygienisch bedeutsame Frage der öffentlichen Diskussion überwiesen.

(Arch. f. Kinderhlkd., Bd. 44.) H. Netter (Pforzheim.)

Habituelles Erbrechen eines Kindes, geheilt durch Anwendung von Jodkali bei der Mutter. Von Aleardo Carioli.

$2^1/_2$ Monate altes Kind, das nach jeder Brustmahlzeit erbrach; die 33 jährige Mutter hatte bereits mit Erfolg ihre drei anderen Kindern gestillt, anscheinend viel Milch und für den Säugling zu stark. Kleine Dosen Jodkali verminderten die Milchsekretion, ohne gesundheitliche Schädigung der Mutter (2,5 : 200, 3 Kaffeelöffel pro die). Darauf soll das Erbrechen schon vom ersten Tag ab verschwunden sein, um mit Aussetzen der Medikation wiederzukehren. Dieselbe wurde dann noch 2 Monate fortgesetzt. Schliesslich gewöhnte sich das Kind an die Muttermilch (was vielleicht auch ohne Jodkali der Fall gewesen sein würde. Anm. d. Refer.).

(Gazz. del. osped. e del. clin. 1906.) H. Netter (Pforzheim).

Kleine Mitteilungen.

Nach einer Mitteilung des ständigen Sekretärs, Dr. Pröbsting in Köln a. Rh., wird die diesjährige Jahresversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in den Tagen vom 11. bis 14. September in Bremen stattfinden, unmittelbar vor der am 15. September beginnenden Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Dresden.

Folgende Verhandlungsgegenstände sind in Aussicht genommen: 1. Verbreitungsweise und Bekämpfung der epidemischen Genickstarre. Referent: Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Flügge (Breslau). — 2. Wie hat sich auf Grund der neueren Forschungen die Praxis der Desinfektion gestaltet? Referent: Prof. Dr. Tjaden (Bremen). — 3. Die Mitwirkung der Krankenkassen auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege. Referent: Sanitätsrat Dr. Mugdan, M. d. R. (Berlin). — 4. Die Gartenstadt. Referent: Prof. Dr. C. I. Fuchs (Freiburg i. B.). — 5. Der moderne Krankenhausbau vom hygienischen und wirtschaftlichen Standpunkte. Referenten: Prof. Dr. Lenhartz (Hamburg) und Baurat F. Ruppel (Hamburg).

Verlag von Benno Konegen, Leipzig. — Druck von Julius Beltz, Hofbuchdruckerei, Langensalza.

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Sanitätsrat Dr. Sonnenberger in **Worms.**

erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

XVIII. Jahrg. **August 1907.** **No. 8.** (212.)

Inhalt: Originalien: **Baron,** Säuglingsfürsorge und Mutterschutz. 169. — Referate: **Bericht über die 27. Sitzung der Vereinigung rheinisch-westfälischer Kinderärzte:** Siegert, Infantilismus. Hysterie mit hysterischer Ösophagusstriktur. 174. — Kaupe, Pemphigus neonatorum non luetikus. 174. — Engel, Demonstration. 175. — Selter, Darmerscheinungen nach Vaccination. 176. — **28. Sitzung derselben Vereinigung:** Die Stellung des Spezialarztes für Kinderheilkunde. 176. — Rensburg, Peritoneale Verwachsungen der Nabelgegend. 176. — Koch, Empyem und hereditäre Syphilis. 176. — Weil, Hautkarzinom. 176. — Kramer, Funktion der weiblichen Brustdrüse. 177 — **Dhéry,** Tuberkulose des Schambeins. 177. — **Andrien,** Pott'sche Krankheit mit Infantilismus. 178. — **Dunbar,** Akute infantile Darminvagination. 179. — **Concetti,** Appendizitis mit linkseitigen Symptomen. 181. — **de Vicariis,** Das Blut des frühgeborenen Kindes. 183. — **Lehndorff,** Lymphozitinleukämie bei Kindern. 184. — **Magrassi,** Extraktion von Münzen aus dem kindlichen Ösophagus. 186. — **Floret,** Novaspirin. 186. — Gesundheitspflege: **Eulenburg,** Schülerselbstmorde. 188. — Rezensionen: **Haucock,** Japanische Gymnastik. 189 — **Lüders,** Die neueren Arzneimittel. 189. — **Peter,** Angeborene Hüftgelenkverrenkung. 190. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 190. — Kleine Mitteilungen. 192.

Nachdruck mit **genauer** Quellenangabe gestattet. — Separatabdrücke verboten.

Säuglingsfürsorge und Mutterschutz.

Von Dr. med. C. Baron, Kinderarzt in Dresden.

Seit einer Reihe von Jahren hat der Kampf, der gegen die erschreckend hohe Sterblichkeit der Säuglinge geführt wird, bei uns andere Wege eingeschlagen als bisher und wird hoffentlich dadurch zu besseren Ergebnissen führen. Man hatte ja zwar auch schon früher die gewaltigen Unterschiede bemerkt, die zwischen den Erkrankungszahlen der Brustkinder und denen der künstlich ernährten Säuglinge bestand, aber man hatte nicht die richtigen Schlussfolgerungen hieraus gezogen. Da nämlich durch mechanische, chemische und bakteriologische Untersuchungsmethoden festgestellt worden war, dass die Marktmilch, die im allgemeinen zur künstlichen Ernährung der Kinder dient, allerhand Verunreinigungen und Veränderungen durch Schmutz, Bakterien u. s. w. erleidet, so bemühte man sich einerseits, die Beschaffenheit der sogen. Kindermilch immer mehr zu verbessern sowie durch Sterilisation bezw. Pasteurisation die schädlichen Einflüsse der Spaltpilze auszuschalten, und andererseits stellte man zahlreiche

Digitized by Google

künttliche Nährmittel her, die nach Angabe der Fabrikanten in ihrer chemischen Zusammensetzung der Frauenmilch nahezu oder vollständig gleichen sollten und daher als „vollwertiger Ersatz" der Brusternährung angepriesen wurden.

Allein ein Studium der Statistik der letzten 25 Jahre, in denen Soxhletapparat, Kindermilchanstalten, Kindermehle u. dergl. beliebte Schlagworte gewesen waren, zeigt uns, dass ein Rückgang in den Erkrankungen und Todesfällen der Säuglinge an akuten Magendarmkrankheiten und Brechdurchfällen trotz alledem nicht eingetreten ist, sondern dass diese Krankheiten eher eine Zunahme erfahren haben: ein Beweis dafür, dass die bisher eingeschlagenen Bahnen nicht zum gewünschten Ziele zu führen vermögen. Es muss daher vielmehr auch hier das Losungswort lauten: Rückkehr zur Natur! d. h. wir müssen versuchen, die natürliche Ernährung der Kinder an der Brust wieder mehr zu Ehren und in Übung zu bringen. Und hierzu stehen uns mancherlei Wege offen, obwohl wir uns nicht verhehlen dürfen, dass es nicht leicht ist, ein seit Jahren festgewurzeltes Übel, an dessen Fortbestehen sogar mancherlei Leute ein mehr oder weniger grosses materielles Interesse haben, zu bekämpfen oder gar auszurotten.

Das erste, was zu geschehen hat, ist die Belehrung und Aufklärung der Allgemeinheit, und dies kann geschehen sowohl durch den Arzt bei seinen Familienbesuchen, als auch durch öffentliche Vorträge u. dgl. Aber der Kreis der auf solche Weise Aufzuklärenden wird immer nur ein verhältnismässig beschränkter sein, deshalb muss ausserdem auch das gedruckte Wort für unsere Sache nutzbar gemacht und es müssen entsprechende Aufsätze in Tageszeitungen, Unterhaltungsschriften, Kalendern und eigenen Broschüren veröffentlicht werden. Da aber längere Abhandlungen erfahrungsgemäss von vielen Laien häufig nicht gelesen werden, so hat man ausserdem noch sog. Merkblätter hergestellt, die in wenigen knappen und leichtverständlichen Sätzen das Wichtigste über die Vorteile der natürlichen Säuglingsernährung enthalten. Neben verschiedenen anderen Städten hat man auch in Dresden seit zirka Jahresfrist ein solches Merkblatt seitens der Stadtverwaltung nach einem Entwurfe der hiesigen Ärzteschaft hergestellt; es soll bei jedem Geburtsfall seitens des betr. Standesamtes und der jeweiligen Hebamme den Eltern bezw. der Mutter ausgehändigt werden, und die Betreffenden sind meist dafür dankbar und empfänglich. Leider wird aber die Verteilung öfters unterlassen, und die Kenntnis von dem Vorhandensein der Schrift ist noch nicht bekannt genug, um die Interessenten zu veranlassen, selbst die Abgabe zu verlangen. Nicht immer aber ist es Mangel an gutem Willen, der z. B. viele Wochenpflegerinnen und manche Hebammen veranlasst, statt der Brusternährung die unnatürliche durch Kuhmilch, Kindermehle u. dgl. vorzuschlagen, sondern oftmals ist es auch das fehlende Verständnis für die grossen Vorteile des Stillens. Deshalb ist es nötig, dass mehr als bisher diesen Personen über die Ernährung des Säuglings eine ausreichende Kenntnis durch genaue Belehrung während der Ausbildung beigebracht, und dass durch regelmässige Wiederholungskurse dieses Wissen lebendig erhalten wird. Auch Prämien und öffentliche Belobigungen be-

Digitized by Google

sonders tüchtiger Hebammen würden zweifellos den Ehrgeiz der anderen anspornen und dazu beitragen, dass die Versuchung, die in einzelnen Fällen in Gestalt von Prozenten u. s. w. für die Empfehlung spezieller Präparate und Apparate auftritt, weniger gross wird.

Aber alle diese bisher angeführten Massnahmen allein sind nicht imstande, eine sehr wesentliche Besserung herbeizuführen, wenn nicht die Belehrung durch den Augenschein und das gute Beispiel hinzukommt. Diesem Zwecke sollen die Säuglingsfürsorge- und Mutterberatungsstellen dienen, in denen die betr. Frauen über alle auf die Ernährung des Kindes und auf ihr eigenes Verhalten während Schwangerschaft und späterer Zeit bezüglichen Fragen Auskunft erhalten. Dort kann den falschen Anschauungen über die sog. Unfähigkeit zum Stillen entgegengetreten und durch genügend lange fortgesetzte Bemühung der Beweis geführt werden, dass die weitaus grösste Mehrzahl der Frauen (ca. 90 %) bei gutem Willen körperlich so beschaffen ist, dass sie ihre Kinder stillen können, und dass die immer und immer wieder vorgebrachten Gegengründe wie Blutarmut, sog. Nervosität, allgemeine Schwächlichkeit, angeblicher Milchmangel u. s. w. meist nur Scheingründe sind, die einer ernsten Prüfung nicht Stich halten. Dort kann mit Nachdruck darauf hingewiesen werden, dass das Stillen auch für die Frauen selbst von gesundheitlichem Vorteil ist, dass Stillende nicht etwa vorzeitig altern, dass aber solche Frauen nach neueren Feststellungen eine weit grössere Wahrscheinlichkeit haben, von der Gefahr einer Erkrankung an Brustkrebs verschont zu bleiben als diejenigen, die ihren Mutterpflichten in der von uns behandelten Beziehung nicht nachkommen. Dort kann ferner der noch immer vorhandene Unfug mit der sog. „Kost für Stillende" bekämpft und die Richtigkeit des Satzes erwiesen werden: „Jede Stillende darf und soll das essen, was sie gewöhnt ist, was ihr bekommt und wobei sie gesund und kräftig bleibt." Solche unter sachverständiger ärztlicher Leitung und Beratung stehende Auskunftsstellen möchten daher an recht vielen Orten errichtet werden, damit durch sie die Propaganda für die natürliche Ernährung recht wirksam betrieben werden kann.

Dass bei solcher Lage der Dinge natürlich auch Krankenhäuser und andere Anstalten, in denen kleine Kinder in grösserer Zahl Unterkommen finden müssen, nicht ohne Gelegenheiten für Brusternährung bleiben dürfen, ist selbstverständlich. Man hat deshalb einerseits Säuglingsheime, in denen Lohnammen bezw. die Mutter mit ihren Kindern aufgenommen werden errichtet und andererseits dürfen auch in den sog. Findelhäusern Ammen nicht fehlen, wenn sie nicht als rückständig gegenüber den neuzeitlichen Erfahrungen und Forderungen bezeichnet werden wollen, und in diesem Sinne ist auch die Äusserung einer Autorität auf diesem Gebiete durchaus zutreffend, die dahin geht, dass ein Findelhaus oder Kinderkrankenhaus ohne Ammenstation fast ebenso verkehrt sei wie ein Hospital ohne Operationssaal. Gerade solche von privater Wohltätigkeit oder aus kommunalen Mitteln unterhaltene Einrichtungen, die eigentlich alle Musteranstalten sein müssten, geben gute und greifbare Beweise für die oft wunderbaren Erfolge der Brustnahrung bei sonst verzweifelten Fällen.

Aber doch ist auch hiermit noch nicht alles getan, was getan

Digitized by Google

werden müsste und könnte. Denn erfahrungsgemäss gibt es nicht wenige Frauen, besonders der niederen und arbeitenden Stände, die zwar die Fähigkeit und auch den guten Willen dazu besitzen, ihrem Kinde die Brust zu geben, die es aber aus äusseren Verhältnissen nicht tun können, weil sie selbst auf Erwerb gehen müssen. Hier eröffnet sich nun noch ein weites Feld der allgemeinen Wohltätigkeit sowie auch der kommunalen Fürsorge durch die Gewährung sog. Stillprämien, d. h. der materiellen Unterstützung solcher Mütter, die fähig und willens sind, ihr Kind selbst zu nähren und die bereit sind, sich geordneter Überwachung zu unterziehen. Hierin sind uns ausländische Staaten, auf deren soziahygienisches Verständnis wir sonst zuweilen mit gewissem selbstgefälligem Stolze herabblicken, schon lange vorangegangen. So gewähren z. B. eine ganze Anzahl englischer und französischer Städte Geldprämien an stillende Arbeiterinnen aus kommunalen Mitteln und Frankreich hat ausserdem in den sog. Sécours des filles mères private Einrichtungen, die diesem Zwecke dienen. In der italienischeu Provinz Rovigo werden diejenigen Mütter, die ihre Kinder nicht ins öffentliche Findelhaus aufnehmen lassen, 18 Monate lang von Gesetzes wegen unterstützt, und ebenso gewähren die staatlichen österreichischen Findelanstalten in Prag und Wien Geldunterstützungen an hilfsbedürftige Mütter, wenn sie sich verpflichten, ihr Kind selbst zu nähren und zu verpflegen und sich der Überwachung durch die Anstaltsorgane zu unterziehen. Auch in Deutschland hat in der letzten Zeit diese Art der Säuglingsfürsorge Eingang gefunden, so z. B. in Freiburg i. Br., Regensburg, Elberfeld, Leipzig Berlin, München, Breslau u. s. w. und auch der Deutsche Verein für Armenpflege und Wohltätigkeit hat kürzlich sich gelegentlich einer Beratung über die Massregeln zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit dafür ausgesprochen, dass die Mütter, die ihr Kind selbst stillen, besonders reichlich unterstützt werden sollen, da die verhältnismässig geringen hierfür aufzuwendenden Mittel in späteren Jahren viel Arbeit und weit grössere Ausgaben ersparen, denn gut genährte Säuglinge bedeuten in den meisten Fällen eine Entlastung der zukünftigen Armenetats, weil ihnen eine wertvolle Mitgift auf den Lebensweg mitgegeben wird: eine starke Daseinsenergie. Und wie günstig solche Stillprämien wirkcn, zeigt ein Bericht aus Freiburg i. Br. Dort wurden im Jahre 1906 442 Mütter mit insgesamt 8890 Mark unterstützt und während die Sterblichkeit der Säuglinge im ersten Vierteljahre ihres Lebens dort im allgemeinen 6,5 % betrug, starben unter den Kindern, deren Mütter Stillprämien erhielten, nur 2.36 %. Infolge dieser guten Ergebnisse beschloss die Stadtverwaltung die Weitergewährung der Prämien.

Bei dieser Frage der pekuniären Unterstützung der Stillenden möchte ich jedoch noch auf eine Beobachtung hinweisen, die wahrscheinlich auch andere, die sich für die Frage der natürlichen Säuglingsernährung interessieren, gemacht haben dürften. Man wird wohl nicht fehl gehen, wenn man unter den subjektiven Beweggründen, die seinerzeit so ziemlich allgemein die Forderung der Verlängerung der Wöchnerinnenunterstützung seitens der Krankenversicherung von 4 auf 6 Wochen mit Zustimmung begrüssen liessen, auch die Hoffnung war, dass alsdann die Säuglinge, und namentlich die unehelichen, eine etwas bessere Fürsorge seitens ihrer Mütter, besonders auch in der Richtung

Digitized by Google

des Stillens erfahren würden. Leider ist bis jetzt davon ganz ausserordentlich wenig zu verspüren; die Einen betrachten die Verlängerung der Wöchnerinnenkarenzzeit als eine unangenehme Beschränkung der Freiwilligkeit ihrer Arbeitsleistung, die Andern als eine angenehme Ausdehnung einer Ferienzeit. Die Wenigsten aber denken daran, diese 6 Wochen ihrem Kinde durch Darreichung der Brust nutzbringend zu gestalten. Unter solchen Verhältnissen dürfte es wohl der Erwägung wert sein, ob nicht bei einer Revision der Krankenversicherung auch auf diesen Punkt geachtet werden könnte, etwa in der Weise, dass den Nichtstillenden nur ein gewisser Minimalsatz, den Stillenden aber eine höhere Unterstützung gesetzlich gewährleistet wird.

Dabei soll ja nicht verkannt werden, dass auch hier in manchen Fällen Unkenntnis die Ursache dazu ist, dass nicht wenigstens während der 6 Wochen dem Kinde die Mutterbrust geboten wird, weil zuweilen die betreffenden Frauen der Meinung sind, für diese relativ kurze Zeit lohne es nicht, da sie ja doch später wieder auf Arbeit gehen müssen, und es bedeute für das Kind auch keinen besonderen Gewinn. Aber dieser Anschauung kann einerseits durch die Belehrung entgegengetreten werden, andererseits gibt sie einen Fingerzeig, in welcher Richtung hier bei uns noch etwas geschehen könnte, um den Kindern mehr als bisher die natürliche Ernährung zu ermöglichen, Ich meine, es sollten Gelegenheiten geschaffen werden, wo die Mutter auch während der Beschäftigung ausserhalb des Hauses dem Kinde die Brust reichen kann, während das Kind in der übrigen Zeit in guter Obhut ist. Man braucht nicht so weit zu gehen wie Hegar, der die Forderung aufstellt, dass auf dem Lande Stillungsheime geschaffen werden, in denen die Mütter — verheiratete und ledige getrennt — bis zur Abgewöhnung des Säuglings Unterkunft finden, und dass die Kosten hierfür durch die Erzeuger, die Gemeinden, den Staat und die öffentliche Wohltätigkeit aufgebracht werden sollen. Wohl aber ist eine Einrichtung der Beachtung und Erwägung wert, die seit 1891 in Portugal besteht. Dort verlangt eine gesetzliche Vorschrift, dass in jeder Fabrik, in der mehr als 50 Frauen beschäftigt werden, eine Fabrik-Krippe errichtet werden muss, in der die Mütter ihre Kinder während der durch die Arbeit bedingten Abwesenheit vom Hause unterbringen, versorgen und also auch stillen können, ohne dass ihnen die hierzu nötige Zeit am Lohne gekürzt wird. Ähnliche Vorschriften sollen auch in Italien bestehen und könnten wohl auch bei uns eingeführt werden: Für diejenigen Frauen aber, die in kleinen Betrieben, die nicht eigene Unterkunftsräume schaffen können, beschäftigt sind, müsste durch Gründung von zahlreichen, in den einzelnen Stadtteilen verteilten Nährzentralen, die nicht zu weit von den Arbeitsstellen liegen und die ähnlich den jetzt schon bestehenden öffentlichen oder privaten Krippen eingerichtet werden müssten, Gelegenheit zur Unterbringung und zum Stillen der Kinder geboten werden. Solche Einrichtungen dürften geeignet sein, einen nicht geringen Umschwung in den Ernährungsresultaten der Säuglinge und damit auch in der Zahl der Mortalitätsfälle herbeizuführen und würden jedenfalls wirksamer sein als Milchküchen und ähnliche, mehr die unnatürliche Aufzucht der Kinder begünstigende Veranstaltungen. Sie dürften auch weit geringere Kosten verursachen als die Mutterschaftsversiche-

Digitized by Google

rung, für die auch kürzlich Prof. Mayet mit aller Wärme eingetreten ist, und von der er sich einen vermutlichen Gesundheitsschutz für fast $1\frac{1}{2}$ Millionen Wöchnerinnen und die fast allgemeine Wiederaufnahme des Stillens auch in den Arbeiterkreisen und als Folge davon die Vermeidung von ca. 80 Prozent der Säuglingstodesfälle verspricht. Da aber nach den Schätzungen desselben Sachverständigen die jährlichen Mehrkosten der Mutterschaftsversicherung rund $276\frac{1}{2}$ Millionen Mark betragen würden (gegenüber der Gesamteinnahme der Krankenversicherung im Jahre 1904 im Betrage von 228.2 Millionen), so dürfte in absehbarer Zeit eine Verwirklichung dieses Planes nicht zu erwarten sein. Man muss sich deshalb mit dem leichter Erreichbaren begnügen und zu diesem zähle ich die vorerwähnten Vorschläge und erhoffe auch von ihnen einen Fortschritt auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge und des Mutterschutzes, beides Dinge, die nicht nur das Interesse der einzelnen Individuen, sondern in gleichem Masse das der Allgemeinheit besitzen; denn gesunde Mütter und kräftige Nachkommen sind die besten Garantien für ein weiteres Blühen und Gedeihen unseres deutschen Vaterlandes.

Referate.

Bericht über die 27. Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte, am 11. Novbr. 1906 in Köln.

Herr Siegert (Köln) stellt vor 1. mehrere Fälle von familiärem sehr weitgehendem, unkompliziertem Infantilismus, Alkoholismus und Tuberkulose in der Aszendenz. Geistige Entwicklung nicht entsprechend dem Alter, sondern eher der Körperlänge und der gesamten körperlichen Entwicklung ohne Defekte, nur etwas rückständig. 2. einen Fall von schwerer Hysterie bei einem 5jährigen Mädchen mit doppelter hysterischer Ösophagusstriktur. Tage absoluter Nichtaufnahme von festen und flüssigen Speisen, auch nicht von Wasser, begleitet von einem Gewichtsverlust z. B. von über 20 % in 3 Tagen wechseln mit Tagen wahren Heisshungers mit ebenso rascher Gewichtszunahme. Schwerste Hysterie beider Eltern, die mit dem Kinde von Spital zu Spital ziehen. Das auslösende Moment scheint vor etwa 2 Monaten das vorübergehende Steckenbleiben eines Bissens resp. dadurch bedingter Schmerz gewesen zu sein. Beliebige Eingriffe, z. B. Sondierung des Ösophagus oder des Rektums, der faradische Pinsel, die Röntgendurchleuchtung in einem Spital, lösen die Aufnahme von abnorm grossen Mahlzeiten aus. Für die feinste, steife Sonde allein ist der Oesophagus durchgängig, der auch bei tiefster Narkose bei 19 und weiter 22—23 cm je eine Striktur aufweist. Röntgenbilder werden gleichzeitig demonstriert, welche zwischen beiden Strikturen, stärker noch über der oberen Striktur eine Erweiterung des Ösophagus zeigen. Der Fall wird noch eingehend mitgeteilt.

Herr Kaupe (Dortmund): Zur Ätiologie des Pemphigus neonatorum non luetikus. 10tägiges Kind zeigt Pemphigus-eruptionen, Mutter ebenfalls vesikulöses Exanthem am Rücken und Unter-

Digitized by Google

leib; nach ungefähr 9 Tagen ein 3jähriger Bruder Varizellen. K. glaubt, dass Mutter wie Neugeborenes intra partum durch die Hebamme infiziert seien mit Varizellen. Pacini hält Pemphigus neonatorum für eine Infektionskrankheit vom Typus der Varizellen.

Herr Engel (Düsseldorf): a) Über das Verhalten des Lymphgefässsystems in der Lunge bei septischen Erkrankungen der Lunge und der Pleura. E. machte die Beobachtung, dass bei septischen Prozessen in der Brusthöhle, gleichviel ob sie von dem Lungengewebe oder von der Pleura ausgingen, die regelmässig im interstitiellen Gewebe sich findende ausgesprochene Lymphangitis, gekennzeichnet durch kleine mit Endothel ausgekleidete Hohlräume, die aufs dichteste mit Eiterzellen und Kokken erfüllt sind, sich strenge auf die Gefässe beschränkt, im Gegensatze etwa zu den Lymphangitiden an den Extremitäten, die stets mit einer Perilymphadenitis verbunden sind und oft zu Abszess und Phlegmone führen. Dies Verhalten des Lymphgefässsystems in der Lunge ist sicherlich auffällig. In etwa 12 Fällen konnte E. nur einmal bei einem schon sehr weit vorgeschrittenen Prozesse die Entwicklung perilymphangitischer Infiltrationen und hämorrhagisch pneumonischer Herde beobachten.

Von den Gründen, welche man zur Erklärung heranziehen könnte, lässt sich einer sofort ausschalten. Die Virulenz der Bakterien nämlich spielt bei der Beschränkung der Entzündung auf die Gefässe selbst keine Rolle. So fand E. bei einem Falle von Erisypel der Kopfhaut eines Kindes von 6 Monaten mit sekundärer typischer Lymphangitis der Lunge in der Kopfschwarte überall perivaskuläre Infiltrate, in der Lunge aber war die Gefässgrenze nirgends überschritten. Zur Erforschung der wirklichen Gründe für besondere Eigenschaften des Lymphgefässsystems der Lunge, Bakterien gegenüber sind entsprechende experimentelle Versuche eingeleitet. Es liegt nahe, dass bakterizide Kräfte der Lunge dabei eine Rolle spielen, Kräfte, welche wahrscheinlich nicht in den Eigentümlichkeiten des Gewebes selbst, sondern in seiner Funktion begründet liegen. Mit ihr ist ja bekanntlich eine überaus reichliche Durchblutung des Organs und ein reger Gasaustausch verbunden. Man könnte sich daher vorstellen, dass den im zarten interstitiellen Gewebe gelegenen Lymphgefässen überall ein Wall in Gestalt des respiratorischen, blutumspülten Parenchyms entgegensteht, der entzündliche Prozesse nur schwer im Interstitium Ausdehnung gewinnen lässt. Dies erklärt u. a. auch den Umstand, dass die Bronchialdrüsen so oft allein von Tuberkulose befallen gefunden werden. Die in die Lunge eingedrungenen Bazillen sind eben, wenn sie erst einmal von den Lymphgefässen aufgenommen sind, gehindert, diese wieder zu verlassen. Erst wenn sie in den Lymphdrüsen angelangt sind, finden sie einen Boden, auf dem sie sich entwickeln können. Voraussetzung wäre dann allerdings, dass beim Erwachsenen nicht ganz analoge Verhältnisse mit Bezug auf das Lymphgefässsystem vorliegen, und wir haben ja auch in der Tuberkulose Veranlassung, eine derartige Ausnahme zu machen.

b) Demonstration von Photogrammen topographischer Lungenschnitte nach der Methode Gregor*) angefertigt.

*) Gregor. Verhandlungen der Ges. für Kinderheilkunde. Kassel 1903.

Digitized by Google

Die Präparate demonstrieren die Entwicklung, Ausbreitung und Lokalisation pneumonischer Prozesse beim Säugling. Man erkennt überall die schon von Gregor beschriebene paravertebrale Anordnung. Dass hier die schlechtere Entfaltung und Durchlüftung dieser Lungenteile eine Rolle spielt, erkennt man an weiteren Präparaten besonders deutlich. Hier, wo es sich um Sagittalschnitte handelt, sieht man nämlich, dass bei ganz inzipienten Prozessen auch die Stelle der Rippeneindrücke besonders bevorzugt wird, wo ja die Entfaltung des Gewebes sichtlich gehemmt ist im Vergleich zu den nebenangelegenen Parenchymwülsten, welche den nachgiebigen Interkostalräumen entsprechen.

Herr Selter (Solingen) berichtet dann über Darmerscheinungen, wie sie nach Impfungen in der Haan'er Anstalt auftraten und wie solche im letzten Jahre von Spiegel an derselben Anstalt beobachtet wurden. Das Material wird gesammelt und in extenso darüber berichtet werden. Rey (Aachen).

Bericht über die 28. Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte zu Köln am 3. März 1907.

Im Anschlusse an einen kurzen Vortrag des Herrn Rey: „Die Stellung des Spezialarztes für Kinderheilkunde in der neueren ärztlichen Standesbewegung" erfolgte eine lebhafte Diskussion, an der sich Spezialisten und praktische Ärzte beteiligten und die zur einstimmigen Annahme folgender Resolution führte: In letzter Zeit ist in der Fachpresse vielfach die Frage erörtert worden, ob und in welchem Umfange es berechtigt sei, die Kinderheilkunde als Spezialfach auszuüben. Obschon die Berechtigung dieses Spezialfaches durch die besonders in den letzten zehn Jahren auf diesem Gebiete gemachten Fortschritte wissenschaftlich und technisch wie bei kaum einem andern Spezialfache ausser Zweifel steht, wird in einer Stadt des rheinisch-westfälischen Industriebezirkes eine durchaus unberechtigte Einschränkung der Tätigkeit der dort ansässigen Kinderärzte angestrebt, die deren Existenz vernichten müsste. Die Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte hat hierzu in ihrer Sitzung vom 3./III d. J. Stellung genommen und folgende Beschlüsse gefasst:

1. Unter Ausübung der Kinderheilkunde ist zu verstehen: die Erteilung von Ratschlägen und Behandlung in allen die Physiologie, Hygiene, Pathologie und Therapie von Kindern betreffenden Fällen. Kinder sind Individuen, die noch nicht geschlechtsreif sind.

2. Die Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte ist bereit, an einer Standesordnung für das ganze Spezialwesen ihres Bezirkes mitzuarbeiten, sie lehnt es aber für sich und ihre Mitglieder ab, an Bestimmungen zu einer Standesordnung mitzuarbeiten, die lediglich auf die Kinderärzte zugespitzt werden sollen.

3. Die Vereinigung richtet an alle praktischen Ärzte des Bezirkes die Aufforderung, sich durch Teilnahme an den Sitzungen der Vereinigung von der Berechtigung der Kinderheilkunde als praktisches Spezialfach zu überzeugen.

Herr Rensburg (Elberfeld) demonstriert ein Präparat von peritonealen Verwachsungen der Nabelgegend.

Herr Koch (Elberfeld) demonstrierte Präparate von Empyem und hereditärer Syphilis.

Digitized by Google

Herr Weyl (Düsseldorf) demonstrierte histologische Präparate von einem Hautkarzinom, das sich aus einem Angiom entwickelt hatte.

Herr Kramer (Bonn) spricht über „Einige Beobachtungen über die Funktion der weiblichen Brustdrüse". Die Entwicklung der weiblichen Brustdrüse ist abhängig von der Funktion des Ovariums. Physiologische und pathologische Reizzustände am Eierstock und am Geschlechtsapparat haben auch Reizzustände der Brustdrüse zur Folge. Für die Funktion der Drüse, die Milchsekretion, ist Vorbedingung eine überstandene Schwangerschaft. Dieselbe braucht jedoch nicht annähernd ausgetragen zu sein. Schon durch Fehlgeburten der ersten Monate kann der Reiz für die Milchabsonderung ausgelöst werden. In der Schwangerschaft der letzten Monate besteht ein Hemmungsreiz für die Milchsekretion, der so lange anhält, bis die Geburt beendet ist. Sowohl das Aufhören des kindlichen Stoffwechsels, als auch die Entleerung des Uterus können für sich den Anstoss zur Milchabsonderung geben. Die Laktation kann mehrere Jahre anhalten. Noch längere Zeit nach der Geburt gelingt es, die Brustdrüse, die vorher für das Stillgeschäft nicht beansprucht worden war, in genügende Funktion zu bringen. Die Milchsekretion vollzieht sich vollständig unabhängig vom Ovarium. Durch starke psychische Einwirkungen kann die Funktion der Brustdrüse, primär gestört werden.

An den Vortrag schliesst sich eine lebhafte Diskussion an, an der sich unter andern die Herren Heidenheim, Rensburg, Siegert-Selter, Rey und Engel beteiligen. Sie bestätigen die Beobachtungen des Vortragenden und fügen eigene Beobachtungen hinzu z. B $7^1/_2$ monatliches Stillen eines fremden Kindes von einer Frau, die im 5ten Monate ihrer Schwangerschaft abortierte; 3 Jahre anhaltendes Stillen einer Frau, die während dieser ganzen Zeit nicht menstruierte; mehrere Fälle von Stillen des einen Kindes bis zum Eintritt der Geburt des folgenden; Auslösen genügender Milchsekretion nach 3wöchigem Nichtstillen. Bei ungenügender Sekretion wirkt das Beibringen der Überzeugung von der Fähigkeit zu stillen fördernd, umgekehrt das Vorreden von der Unfähigkeit hemmend auf die Sekretion. Das Versiegen der Sekretion bei Schrecken wurde von allen Diskussionsrednern zugegeben, nach einigen Tagen stellt sich bei fortdauerndem, geordnetem Anlegen des Kindes unter ständigem Ansteigen der Milchwarze wieder normale Sekretion ein. Die Milchwarze wird im besonderen durch Ausstossung der Plazenta gereizt, die höchste 24stündige Menge betrug bisher 4000 g.

Zum Schlusse bemerkt Herr Kramer: Eine wichtige, noch unentschiedene Frage ist es, ob Flüssigkeitsabsonderung aus der Brust stets gleichbedeutend ist resp. gleichgesetzt werden kann mit Milchsekretion. Bisher ist der Beweis hierfür z. B. für die virginelle Flüssigkeitsabsonderung nicht erbracht worden. Deshalb kann auch nicht ohne weiteres behauptet werden, dass diejenigen Reize, die Anschwellung und Flüssigkeitsabsonderung der Brust hervorrufen, auch Milchsekretion zur Folge haben können. Rey (Aachen).

Die Tuberkulose des Schambeins beim Kinde. Von P. Dhéry. Thèse de Paris 1906.

Die unter Ménard in Berck sur mer gearbeitete These stützet

Digitized by Google

sich auf 18 Beobachtungen und bringt 2 Tafeln. Es ergibt sich die Seltenheit dieser Lokalisation der Tuberkulose im Kindesalter, die meist isoliert bleibt. Die Krankheit entwickelt sich in den knöchernen Teilen, ziemlich entfernt von der Symphyse, bald im horizontalen, bald im absteigenden Ast. Entweder sind es Kavernen, die in die Masse des Knochens eingeschlossen sind oder es sind Sequester eines Teils des Schambeinkörpers oder der Schambeinäste. Bald bleibt es bei rein lokalen Symptomen, bald ist das Gehen behindert, so dass man an Koxalgie denkt. Aber die Bewegungen in der Hüfte sind frei und die funktionelle Behinderung kontrastiert mit dieser Integrität. Die Tuberkulose des Schambeins kann auf die Blase übergreifen oder als sekundäre Koxitis das Hüftgelenk befallen. Die lokale Untersuchung, eventl. zusammen mit einer radiographischen Untersuchung ermöglicht meist eine Lokalisierung der Affektion. Obgleich die Spontanheilung exzeptionell selten ist, darf die Prognose nicht als schlecht bezeichnet werden. Man kann sie als gutartig bezeichnen, solange es nicht zu Gelenkkomplikationen und zu ausgedehntem Dekollement der Weichteile kommt. Die Behandlung ist natürlich eine chirurgische und hat in der Entfernung der Sequester, Eröffnung und Drainage der Fisteln zu bestehen.

H. Netter (Pforzheim).

Über einen Fall von Pott'scher Krankheit mit Infantilismus. Von J. Andrien. (Revue de maladies de l'enfance, April 1906).

Knabe von 16 Jahren, geboren am 6. Juni 1890. Mutter starb 3 Jahre später an Tuberkulose. Patient fing mit 18 Monaten zu gehen an. Mit $3^1/_2$ Jahren traten die ersten Symptome der jetzigen Affektion auf. Vor 7 Jahren wies dasselbe bereits zahlreiche tuberkulöse Fisteln auf. Seit dieser Zeit nimmt die Kachexie zu. Zurzeit ist die Tuberkulose der Wirbelsäule noch in der Entwicklung begriffen.

Die Wirbelsäule weist einen nicht winkligen medianen Buckel auf, der sich vom 4. Rückenwirbel bis zum Steissbein ausdehnt. Die mittlere Partie dieser langen Kurvatur scheint dem 12. Rücken- oder ersten Lendenwirbel anzugehören. — Zahlreiche, teils offene, teils nicht offene Abszesse finden sich auf der ganzen hintern Fläche des Rumpfes. — Rechts findet sich ein Senkungsabszess des Esas. — Das Abdomen ist von sehr grossem Umfange; an ihm ist eine ausgebreitete, kollaterale Zirkulation wahrnehmbar. Es besteht jedoch kein Aszites. Die Leber ist stark vergrössert, in der Axillarlinie nimmt dieselbe den ganzen Raum zwischen der 6. Rippe und der Darmbeinkrista in einer Höhe von 18 cm ein. — Der Urin enthält Eiweiss in grosser Menge.

Die Körpergrösse beträgt 104 cm, wobei freilich die zusammengesunkene Wirbelsäule an der geringen Grösse schuld ist. Das Gesicht ist abgemagert, die Backenknochen springen vor, die Nase ist zugespitzt, die Lippen dünn, das Kinn ausgeprägt. Die Augen stehen tief in der Orbita, sind jedoch lebhaft und glänzend, die Gesichtshaut ist fein und leicht erdfahl. Die Haare sind braun, fein und lang, die Augenbrauen braun, die Lippen und das Kinn sind absolut unbehaart.

Der Hals ist abgemagert, die Schilddrüse scheint nicht vergrössert zu sein, der Klang der Stimme ist der eines Kindes von 8—9 Jahren. — In der Achselhöhle und am Os Pubis finden sich keine Haare, die Hoden

Digitized by Google

stehen im Leistenringe, der Penis ist klein, das Scrotum von geringem Umfange, das Aussehen der Geschlechtsteile ist das eines Kindes von 7 bis 8 Jahren. Die abgemagerten Extremitäten messen, die oberen, von dem Processus coracoïdes bis zum Prozessus styloïdes des Radius 35 cm; die untere von der Spina ilii anter. super. bis zum Malleolus internus 54 cm.

Der Charakter des Knaben ist der eines 7—8jährigen. — Der Knabe kann weder lesen noch schreiben. — Seine Urteilskraft entspricht der intellektuellen Entwicklung eines Kindes von 10—11 Jahren. Kurz, das Gesamtaussehen ist das eines Kindes von 8—9 Jahren. — Die Gesamthöhe des Kranken beträgt, wie gesagt, 104 cm, wobei jedoch das Zusammensinken der Wirbelsäule mit in Rechnung gezogen werden muss. Untersucht man, welche Körpergrösse in Bezug auf die Kopfeshöhe, welch letztere bekanntlich den 8. Teil der Gesamthöhe beträgt, die normale wäre, so findet man bei dem betreffenden Kranken: Kopfeshöhe 16 cm — demnach sollte die Körpergrösse 128 cm betragen, eine Grösse, die weit unter der eines Jünglings von 16 Jahren steht.

Dr. von la Hausse (Kirchweidach).

Akute infantile Darminvagination. Von J. Dunbar. (The Scottish medical and surgical journal 1906, August.)

Während des Winters 1903/1904 hat Verfasser am Kinderspital zu Edinburg nicht weniger als 7 Fälle von Darminvagination behandelt. In den Registern des Krankenhauses fand er noch mehr als 50. An der Hand dieses Materiales legt D. ausführlich seine Erfahrungen über diese häufigste Form der kindlichen Darmobstruktion vor. Er unterscheidet 4 Varietäten: 1. enterische, unterer Teil des Jejunum (4) Ileum (1); diese Form zeichnet sich aus durch die Kürze und ziemliche Beweglichkeit; 2. Ileo-kökale, die Majorität der Fälle. 3. Ileo-kolika, sehr selten und sehr schwer, entstehend durch die Projektion des Endstückes des Ileum durch die Ileo-kökalklappen. 4. Kolika, in Struktur und Mechanismus der enterischen Varietät ähnlich. Unter 59 Fällen des Kinderhospitals waren es 76,3 Proz. ileo-kökale, 13,6 Proz. gemischte (enterische und ileo-kökale) in 5 Proz. lag eine Invaginatio enterika (iliaka), in 3,4 Proz. eine kolika und in 1,7 Proz. eine ileo-kolika vor. Die bei Sektionen von Kindern, besonders der einem Gehirnleiden erlegenen, nicht selten gefundenen Invaginationen sind von den hier behandelten sehr verschieden. Sie sind meist multipel, stets kurz, oft retograd, häufiger im Dünn- wie im Dickdarm. Keine Hyperämie, keine Lumenverengerung, bei leichtem Zug gelingt die Reduktion. Sie entstehen wahrscheinlich durch unregelmässige Darmkontraktionen, die sich kurz vor dem Tode einstellen. Als prädisponierendes Moment bei der Entstehung der pathologischen Invagination soll es gelten, dass durch der nach dem 3. Lebensmonat sich vollziehende Descensus des Dünndarms in das Becken des Ileum in spitzem Winkel in das Kökum einzumünden kommt. Dadurch wird hier eine Prädilektionsstätte für Invagination geschaffen. Begünstigend wirken ferner in den ersten Lebensmonaten nicht selten unregelmässige und inkoordinierte Kontraktionen, wodurch es oft im Kökum und Kolon zu Gestalt- und Grössenveränderungen kommt. Prädisponierend wirkt schliesslich die Beweglichkeit des Kökum

Digitized by Google

infolge eines ansteigenden Mesokolons, ein bei kleinen Kindern zuweilen vorkommender Befund.

Klinische Fälle:

1. 6 Wochen alter Knabe, am 12. Nov. 1903 aufgenommen. Er war am 11. morgens plötzlich mit heftigem Schrei erwacht und hatte fast unmittelbar danach erbrochen. Er zog die Beine in die Höhe, wie wenn er an Leibschmerzen litte. Die Brust wird verweigert. Bis 7 Uhr abends kein Stuhl. Dagegen Abgang eines Wasserlöffels schwarzroten Blutes mit etwas Stuhl. Schlechte Nacht. Um 11 Uhr und um 1 Uhr blutig-schleimige Entleerungen. Ein ein- oder zweimaliger Versuch, die Brust zu nehmen, wird mit sofortigem Erbrechen beantwortet. Abdomen leicht aufgetrieben, besonders in der linken Fossa iliaka und regio lumbalis; bei der Palpalation findet man einen harten und länglichen Tumor, per rectum fühlt man 6—7 cm hoch an eine rundliche Masse. Operation 3 Uhr 30 nachts, $32^1/_2$ Stunden nach Beginn. Invaginatio ileo-kökalis von 10 cm Länge. Heilung.

2. 6 Monate alter Knabe, am 22. November 1903 um 4 Uhr nachmittags mit Leibschmerzen, Schreien, Erbrechen erkrankt. 7 Uhr 40 morgens blutiger Stuhl. Operation $24^1/_2$ Stunden nach Beginn: doppelte Invagination. Reduktion. Heilung.

3. 7 Monate alter Knabe, am 23. Dezember 1903 aufgenommen. Die Nacht zuvor um 11 Uhr Erwachen und Geschrei; Erbrechen, blutiger Stuhl. Operation $17^1/_2$ Stunde später: ileo-kökale Darm-Reposition. Heilung.

4. 11 Monate alter Knabe, am 10. Januar 1904 9 Uhr morgens heftiges Schreien, 3 Uhr nachts Erbrechen. Am 11. abends blutiger Stuhl. Operation 50 Stunden nach Beginn: ileo-kökale Form. Heilung.

5. 3 Monate alter Knabe, 23. Februar 1904, am 22. 9 Uhr morgens Schmerzensschreie, blutiger Stuhl, Erbrechen. Operation $36^1/_4$ Stunden nach Beginn: invaginatio ileo-kökalis. Reposition. Heilung.

6. 4 Monate alter Knabe, 7. März 1904. Am 6. 9 Uhr morgens Schreien und Erbrechen, nachmittags blutiger Stuhl. Operation $34^1/_2$ Stunden nach Beginn. Invaginatis ileo-coekalis. Tod.

7. $2^3/_4$ Jahre alter Knabe. Operation $10^1/_2$ Stunden nach Beginn. Invaginatio ileo-kökalis. Heilung.

Als klassische Symptome ergeben sich: Plötzlicher Beginn mit kolikartigem Schmerz und Schreien, dann intermittierender Schmerz. Nach Verlauf von 24 Stunden meist Nachlassen der Schmerzen, das Kind wird schläfrig (Stadium der Darmlähmung). Als zweites, sehr wichtiges Symptom gilt heftiges und wiederholtes Erbrechen, als drittes Abgang von Blut oder blutigem Schleim per rektum, meist erst nach 4 bis 5 Stunden auftretend. Die Kinder sind meist kollabiert, der Leib ist mässig aufgetrieben und frei mit der Atmung beweglich. In 57 von 59 Fällen war der Invaginationstumor fühlbar, 5 mal im oberen Teil des Abdomen, 24 mal rechts, 28 mal links. — In 29 Fällen war er vom Rektum aus palpabel. — Aus der Tabelle geht hervor, dass die Kinder wohlgenährt und gesund waren. Es waren 74,6 Proz. Knaben, 25,4 Proz. Mädchen. Das jüngste Kind war 6 Wochen alt, 4 Fälle waren über 2 Jahre ($2^1/_2$, $2^3/_4$, 3 und 7 Jahre). Unter 4 Monaten waren es 6,8 Proz., 62,7 Proz.

Digitized by Google

zwischen 4 und 7 Monaten, 20,3 Proz. zwischen 8 und 12 Monaten. 3,4 Proz. zwischen 1 und 2 Jahren, 6,8 Proz. über 2 Jahren. 45,7 Proz. Heilungen stehen 54,3 Proz. Todesfälle gegenüber. Keiner der Fälle mit Darmresektion kam durch. In den geheilten Fällen war der mittlere Zeitraum zwischen Beginn der Erkrankung und Operation 21 Stunden. bei der tödtlich verlaufenen 39 Stunden. Von den in den ersten 24 Stunden Operierten genasen 63,3 Proz., 28,5 Proz. von den später Operierten. 76,3 Proz. gehörten der ileo-kökalen Form an, mit 46,6 Proz. Heilungen 13,6 Proz., der iliokalen und ileo-kökalen mit 50 Proz. Heilungen, 5 Proz. der iliacalen Form allein, keine Heilung, 3,4 Proz. der Invaginatio kolika mit 50 Proz. Heilungen. — Als Therapie lässt Dunbar nur die Laparotomie gelten, Einblasen von Luft oder Wassereinläufe bedeuten ihm zeitraubende Massnahmen. Der Tumor wird nach aussen gelagert, das invaginierte Darmstück wird durch Druck auf die Invaginationsscheide von unten her herauszudrücken versucht. Statt Opium nach der Operation empfiehlt Dunbar eher ein mildes Purgans. — Opium verstärkt leicht die Darmparalyse, eine Purgans beseitigt sie unschwer — Brustkinder sollen möglichst bald wieder angelegt werden. H. Netter (Pforzheim).

Appendizitis mit linksseitigen Symptomen. Von Luigi Concetti. (Arch. de méd. des enf., Dezember 1906).

Veranlasst durch eine in Montpellier erschienene Dissertation von E. Senglar (1906) „Appendicite avec Symptomatologie à gauche" gibt Concetti 2 eigene Beobachtungen aus der letzten Zeit wieder, die er mit Recht für praktisch wichtig hält. Mit Senglar hält auch der bekannte Pädiater in Rom diese Form der Appendizitis nicht für so extrem selten und steht nicht an, zu behaupten, dass, wenn man in all den mit der Diagnose einer generalisierten Peritonitis oder Perisigmoiditis geheilten oder gestorbenen Fällen zur Laparotomie oder zur Autopsie geschritten wäre, die Fälle von Appendizitis mit linksseitigen Symptomen zahlreicher wären. Senglar stellt 3 Möglichkeiten auf: 1. die vollständige Inversion des Kökum, das, statt rechts, links liegt, 2. Kökum und Appendix liegen in der Medianlinie oder überschreiten dieselbe nur um weniges nach links, 3. die Appendix ist von anormaler Länge und nach links verlagert, bei einem normal gelegenen Kökum. Zu diesen 3 Varietäten einer einzigen, pathogenetisch identischen Gruppe rein anatomischer Natur, die wegen ihrer grossen Seltenheit, noch viel seltener die Ursache dieser klinischen Anomalie abgibt, führt Concetti noch 2 weitere Möglichkeiten hinzu: Ausser dem Wurmfortsatzabszess rechts entwickelt sich ein solcher links, der durch stürmische Erscheinungen die ganze Szene beherrscht, den wirklichen Ursprungsherd der Entzündung maskiert und die Aufmerksamkeit des Arztes auf die linke Fossa iliaca lenken kann. In allen diesen Fällen mkomt es fast stets zu sekundären Allgemeinerscheinungen, und selbst zu ausgesprochen rechts lokalisierten. Oder die Perforation der Appendix führt zu einer rapid generalisierten eitrigen und selbst septischen Peritonitis, einer wirklichen diffusen Infektion des ganzen Peritoneum mit der Möglichkeit wiederum, dass die stürmischsten Erscheinungen links sich etablieren. So lag der Fall in den beiden Beobachtungen Concettis.

Fall 1. 3jähriges kräftiges Kind, starker, ziemlich unregelmässiger

Digitized by Google

Esser, erkrankt plötzlich am 4. April 1906. Concetti sieht das Kind am folgenden Tag: Fieber und alle Zeichen einer akuten gastrischen Erkrankung: Meteorismus, keine Schmerzen in dem überall palpablen Leib, Zunge rot und rein, lebhafter Durst, Anorexie, Nausea, Urin spärlich und dunkel. Auf ein Purgans hin übelriechende, schlecht verdaute Entleerung. Concetti verordnete zunächst Rizinusöl, kleine Dosen Kalomel und flüssige Diät. Unter weiteren Entleerungen von gleicher Beschaffenheit und der restringierten Diät fühlte sich das Kind erleichtert und das Fieber sank. Concetti verordnete nunmehr Salolemulsion, ein Salzlavement und ganz leichte Diät. Am folgenden Tag Anstieg der Temperatur, ein einziger fötid-schleimiger Stuhl, Leib ein wenig meteoristisch, keine Schmerzen: Kalomel, Ölklystier und Kataplasmen. Am folgenden Tag Verschlimmerung: Erbrechen, gänzliche Stuhlverhaltung, Meteorismus und leichte Druckempfindlichkeit, mehr links als rechts. Auf dieser Seite kein Schmerzpunkt, keine défense musculaire, keine Dämpfung in der fossa ileo-coecalis. Wieder flüssige Diät, heisses Bad, Einreibungen mit grauer Salbe, Kalomel in kleinen Dosen und kleine Glyzerinklystiere. Diagnose: generalisierte Entero-Peritonitis. Am folgenden Tag deutliche Verschlimmerung: Stuhlverhaltung, wiederholtes Erbrechen, allgemein palpatorische und perkutorische Empfindlichkeit des vergrösserten Leibes, besonders stark links. In der fossa ileo-coecalis nichts. Schlaflosigkeit, Unruhe, Puls frequent, aber kräftig, Dyspnoe. Ein von C. hinzugezogener Chirurg macht die Laparotomie: generalisierte Peritonitis, braunes, fötides, sero-purulentes Exsudat in geringer Menge, Appendix in grosser Ausdehnung nekrotisch, im Exsudat schwimmend, zahlreiche Kotsteine enthaltend. Exitus in der Nacht im Shok.

Fall 2. 6jähriges Kind, mit 2 oder 3 Jahren schwere Gastro-Enteritis, die eine hartnäckige Dyspepsie zurückliess. Am 6. Juni 1906 sah Concetti auf Veranlassung seines Assistenten Flamini das Kind wegen einer 3—4 Tage bestehenden subakuten intestinalen Infektion: mässiges Fieber mit Anorexie, Nausea, fötiden und schleimigen Entleerungen. Am folgenden Tag Erbrechen, keine Entleerung, Leib meteoristisch, gespannt, spontan und auf Druck schmerzhaft, besonders links rief selbst ein leichtes Betasten sehr lebhafte Schmerzen aus, wogegen die fossa ileo-coecalis minimal empfindlich; kein Druckschmerzpunkt, keine défense musculaire, keine Resistenz und keine Dämpfung. Am folgenden Tag deutliche Verschlimmerung: Insomnie, Agitation, sehr starke Schmerzen, die von dem intelligenten und in seinen Angaben sehr bestimmten Kind stets links empfunden werden, lebhafter Durst, frequenter Puls. Am Nachmittag zum erstenmal bei der Palpation der fossa ileo-coecalis sehr lebhafte Schmerzempfindung und in der Gegend des Mc Burneyschen Punktes deutliche défense musculaire, aber keine Verminderung der Tympanites, kein Resistenzgefühl. Eine digitale Exploration per rektum fördert nichts zutage. Prof. Bastionelli, der den Patienten am Nachmittag zuletzt sah, stellte nach genauester Untersuchung die Diagnose auf generalisierte Peritonitis, wahrscheinlich appendikulären Ursprungs. Zu dieser Diagnose nötigte nicht die objektive Untersuchung, ebensowenig die Entwicklung der Schmerzsymptome. Der Verdacht wurde einfach durch die Häufigkeit dieser Ätiologie und durch das Auftreten des Schmerzes rechts in letzter Stunde, mit ausgesprochener défense musculaire unterstützt. Am Abend

Digitized by Google

Operation Schrägschnitt rechts: reichliche Entleerung fötalen Eiters, Amputation der ödematösen, 2—3 Koprolithen enthaltenden, an 2 Stellen nekrotischen und an der Spitze und im mittleren Teil 4—6 cm weit perforierten Appendix. Nach einer Woche, nachdem sich der Zustand bemerkenswert gebessert hatte, neues Fieber, Erbrechen, Adynamie, frequenter Puls, Leib gespannt und links äusserst schmerzhaft bei leisester Berührung. 10 Tage nach der ersten Operation zweite Laparotomie links mit Entleerung von Eiter gleicher Beschaffenheit wie beim ersten Eingriff. Drainage der Bauchhöhle von einer Wunde zur anderen. Neue Besserung für eine Woche und neuer Rückfall mit schmerzhafter Spannung in der regio supraumbilicalis links. Von der zweiten Laparotomiewunde aus gelingt es Bastionelli, auf eine neue Eiteransammlung unterhalb des Zwerchfells mit dem Finger zu stossen und auf dem gleichen Weg zu drainieren. Von da an ununterbrochen Besserung und baldige definitive Heilung. — In Konsequenz derartiger Beobachtungen wird man also in Zukunft angesichts einer diffusen Peritonitis, auch wo linksseitige Symptome prädominieren und wo überhaupt die rechte Seite schweigt, nicht mehr berechtigt sein, die Appendix als ätiologisches Element einer Peritonitis, deren Behandlung uns anvertraut ist, auszuschliessen.

H. Netter (Pforzheim).

Untersuchungen über das Blut der frühgebornen Kinder. Von de Vicariis. (Revue des maladies de l'enfance. April 1906.)

Über das Blut der Kinder liegen zwar zahlreiche Untersuchungen vor, indes findet man nur sehr wenige Angaben über die Blutzusammensetzung bei Säuglingen, speziell bei frühgebornen Kindern. Diese wenigen Angaben heben ausserdem nur den Unterschied hervor, der zwischen dem Blute des Neugeborenen und des Erwachsenen besteht. Nirgends jedoch findet man, nach Verf. in der medizinischen Literatur klinische Untersuchungen über dieses spezielle Thema.

Der Autor hat es daher unternommen, bei 35 Fällen zu untersuchen, welche Beziehungen bei frühgebornen Kindern zwischen der Blutzusammensetzung, speziell dem Verhältnisse der roten und weissen Blutkörperchen einerseits und der Temperatur, den Veränderungen des Körpergewichtes, dem Ödem, dem Ikterus und den Infektionen bestehen. Dabei kam er zu folgenden Schlüssen:

1. Das Blut des frühgebornen Kindes unterscheidet sich in den ersten Lebenstagen nicht viel von dem des normalen Neugebornen, indes weist dasselbe doch spezielle Merkmale auf.

2. Die roten Blutkörperchen nähern sich dem normalen Gehalte, vielleicht sind dieselben etwas weniger zahlreich und nehmen unter dem Einflusse der Infektionen, des Ikterus und des Ödems leicht an Zahl ab. Ihre Form spricht für ihren jungen Ursprung und die Makro- und Mikrozyten sind sehr zahlreich.

3. Die roten Blutkörperchen mit einem Kern sind für das Blut der Frühgebornen charakteristisch, während man im normalen Zustande nur in den ersten Lebenstagen Kerne vorfindet. Dieselben treten um so zahlreicher auf, je frühzeitiger das Kind geboren wurde; ihre hohe Zahl scheint mit dem Leben des Kindes unverträglich zu sein. Diese Elemente können bis zum 10. Tage nach der Geburt und selbst noch länger

Digitized by Google

bestehen bleiben; bei einer Infektion treten dieselben leicht wieder auf und sind um so zahlreicher, je schwerer die Infektion ist.

Diese Elemente stehen in keinem absoluten Verhältnisse zur Temperatur; wenn indes letztere sinkt, verschwinden sie ziemlich langsam, um wiederzuerscheinen, wenn die Temperatur unter die Norm fällt; letztere Tatsache dürfte von übler Vorbedeutung sein.

4. Die weissen Blutkörperchen sind weniger zahlreich als normal und, da dieselben durch Krankheiten sehr beeinflusst werden, so nehmen sie immer ab, so dass man in sehr schweren Fällen einen wirklichen Mangel an weissen Blutkörperchen beobachtet.

5. Die hämo-leukozytäre Formel ist charakterisiert durch das Vorherrschen der einkernigen Elemente mittlerer Grösse und durch das Vorhandensein anomaler Elemente, Myelozyten, Mastzellen, welche ziemlich häufig selbst bei ganz gesunden Frühgebornen vorkommen und, da wenig aktiv, die geringe Resistenz dieser Kinder Krankheitseinflüssen gegenüber erklären dürften.

Den Infektionen gegenüber weist diese Formel eine sehr schwache polynukleäre Reaktion auf (welche immer von übler Vorbedeutnng ist); letztere kann durch eine Reaktion der ziemlich charakteristischen Übergangsformen und der anormalen Elemente (kernhaltige rote Blutkörperchen mit zwei- oder dreilappigem Kerne, Myelloziten und Mastzellen) verdrängt werden, gleich als ob die noch unvollkommenen blutbildenden Organe nur sehr junge Elemente in den Kreislauf brächten.

6. Die eosinophilen polynukleären Elemente, die im Blute des Frühgebornen in mittlerer Zahl sich finden, verschwinden, wenn eine Infektion auftritt. In der Syphilis sind dieselben immer zahlreich.

von la Hausse (Kirchweidach).

Über Lymphozytinleukämie im Kindesalter. Von Lehndorff. (Vortr. geh. in der Sitzung der pädiatr. Sekt. d. Ges. f. in. Med. u. Kdhlkde. in Wien a. 18. Jan. 1906.)

Ehrlich hatte das Resultat seiner Studien über Leukämie dahin formuliert, dass sie als eine durch einen bestimmten Blutbefund charakterisierte, einheitliche, zirkumskripte Krankheitsform aufzufassen sei. Die mikroskopische Blutuntersuchung im gefärbten Trockenpräparat allein, ohne Zuhilfenahme irgendwelcher andrer klinischer Methoden sei imstande, zu unterscheiden, ob bei einem Patienten eine Leukämie vorhanden sei und ob dieselbe der lymphatischen oder myelogenen Form angehöre. Allein diese Lehre musste bald auf Grund anatomischer und histologischer Untersuchungen bedeutend modifiziert werden und manche Kliniker und Pathologen neuerer Zeit sehen in jeder Leukämie oder wenigstens in gewissen Formen, namentlich der Lymphozytinleukämie eine maligne Neubildung der Blutbildungsorgane. (Vgl. die Arbeiten von Ribbert, Banti, Bates, Weber, Krehl, Pappenheim, Sternberg u. a.). Es erscheint jetzt erwiesen, dass die mit lymphozytarem Blutbefunde einhergehenden Krankheitsbilder keinen einheitlichen Prozess darstellen. Einmal kann es sich handeln um die einfache Hypoplasie der lymphatischen Organe, die echte (essentielle) Lymphämie, ein andermal um die atypische Wucherung des lymphatischen Apparates, die Leukosarkomatose (symptomatische

Digitized by Google

Pseudo-Leukämie). Zu der letzteren Form gehören auch die nur durch den grünen Farbstoff sich unterscheidenden, durch grosse Lymphozyten im Blute charakterisierten Chlorosen (Chloroleukosarkome). Aus dem Blutbefunde allein kann oder darf die Diagnose nicht gestellt werden. Er ist etwas Akzidentelles, stellt nur ein klinisch wichtiges und interessantes Symptom dar. Er charakterisiert nicht einen einheitlichen Krankheitsbegriff, sondern ist nur ein bedeutungsvolles Zeichen einer Allgemeinerkrankung des gesamten lymphadenoiden Gewebes, die bald einfach hyperplastisch, bald sarkomatös wuchernd verlaufen kann.

L. hatte Gelegenheit im Karolinenspital 3 Fälle hämatologisch und histologisch zu beobachten. Sie stellen sich als verschieden weit vorgeschrittene Stadien desselben Krankheitsprozess dar. Dieselbe atypische Wucherung, deren Beginn in dem einen Falle erst durch das Mikroskop nachgewiesen werden konnte, hatte in dem andern schon makroskopisch sichtbare Veränderungen hervorgerufen und imponierte im dritten als mächtiger Tumor, der das ganze Mediastimum ausfüllte, Thymus und mediastinale Lymphdrüsen in sich einbezog und auf Herzbeutel, linke Lunge und Pleura sich erstreckte. Überall sind beim Aufbau dieser malignen Hyperplasien fast ausschliesslich die grossen, lymphozytenähnlichen Zellen beteiligt. Sie sind im Schnitte von den kleinen Lymphozyten zu trennen, von denen sie sich sowohl durch die Grösse als auch durch schwächere Färbbarkeit des ovalen oder leicht gebuchteten Kernes und durch grössere Reichlichkeit des Protoplasmas unterscheiden.

Die Betrachtung der Blutbefunde ergibt ein im wesentlichen gleichartiges Bild: Eine schwere Anämie, dokumentiert durch eine beträchtliche Abnahme der Färbekraft des Blutes und durch ein Absinken der Zahl der roten Blutkörperchen (bis unter eine Million); dabei hochgradige Lymphozytenvermehrung, besonders der grossen Formen („Gosse Einkernige").

Um über Diät und Verlauf der mit lymphozythämischem Blutbilde einhergehenden Prozesse im Kindesalter eine Ansicht zu gewinnen, hat L. die in der Literatur niedergelegten Fälle von Leukämien, Lymphosarkomen und Chloromen der Kinder gesichtet. — Danach stimmt das klinische Bild in den wesentlichen Zügen mit dem bekannten der späteren Lebensjahre überein; es überwiegen aber die akut einsetzenden, rasch tödlich verlaufenden Fälle. Die Dauer der Erkrankung ist im jugendlichen Alter kürzer und das klinische Bild der echten chronischen Leukämie hat L. überhaupt nicht beschrieben gefunden.

Auch im Blutbefund scheint ein Unterschied nicht zu bestehen; vielleicht sind die mit besonders schwerer Anämie einhergehenden Formen etwas häufiger.

Vom anatomisch-histologischen Standpunkt aus fällt neben der geringen Zahl der echten hyperplastischen die besondere Häufigkeit der bösartig aggressiven Form im jugendlichen Alter auf. L. erklärt sich dies durch die Fähigkeit des kindlichen Organismus, mit seinen überall so reichlich entwickelten lymphatischen Gewebe auf pathologische Reize viel intensiver zu reagieren als Erwachsene.

Baron (Dresden).

Digitized by Google

Die chirurgische Intervention zur Extraktion von Münzen aus dem kindlichen Ösophagus. Von A. Magrassi. (La Pediatria 1906, Juli).

Eine Rehabilitierung des Gräfe'schen Münzenfängers, den man zur Extraktion von Fremdkörpern aus dem Ösophagus vielfäch als zu gefährlich gefunden haben wollte. Magrassi bringt eine Kasuistik von 6 Beobachtungen, in denen mehr oder minder lange Zeit im Ösophagus festsitzende Münzen mit der grössten Leichtigkeit durch das Gräfe'sche Instrument entfernt werden konnten. Magrassi kommt zum Schluss, dass die Extraktion per vias naturales die Methode der Wahl ist, dass das Gräfe'sche Instrument nützlich sein kann in den Fällen, wo der Fremdkörper schon mehrere Tage im Ösophagus verweilt hat und dass die Ösophagotomia externa bei entzündlichen Erscheinungen indiziert ist: Fieber, Schmerzen etc. Die Ösophagotomie hat so früh wie möglich stattzufinden, da die Mortalität um so geringer ist, je früher die Operation vorgenommen wird. Ist die Ösophaguswand bereits alteriert, so muss die Naht versucht werden. — Dass über diesen letztern Punkt die Meinungen noch geteilt sind, ergibt sich u. a. aus einer sehr instruktiven Mitteilung von Burmeister: (Ein Speiseröhrenschnitt, Deutsche med. Wochenschrift 1906, Nr. 15). Auch hier handelte es sich um die Frage der primären Ösophagusnaht nach vollendeter Extraktion des Femdkörpers. B. begnügte sich mit einer geringen Verkleinerung der äusseren Wunde. Der Erfolg gab B. recht, denn die Heilung der Wunde erfolgte prompt in 14 Tagen, ein Resultat, das auch mit Naht nicht viel besser hätte sein können. Sicherlich ist die exakte Naht der Speiseröhre mit prima Intentio das Ideal für die Heilung. Aber B. hält dieses Ideal nicht mit annähernd absoluter Sicherheit für erreichbar, wie wir nicht einmal jede Komplikation als Folge des primären Verschlusses der Wunde zu vermeiden vermögen. B. hält darum es für empfehlenswerter, als Normalverfahren für die Ösophagotomia externa zwecks Fremdkörperextraktion den Verzicht auf die Naht anzusehen. Für den Kranken bedeutet es eine Abkürzung der Operationsdauer, ein zwar von Fall zu Fall verschieden zu bewertender, aber immerhin sicherer Garantie gegenüber der eventuellen Aussicht auf eine etwas kürzere Nachbehandlungsdauer.

H. Netter (Pforzheim).

Meine Erfahrungen mit Novaspirin. Von Floret (Dtsch. Medizinal-Zeitung No. 19. 1907).

Nach zahlreichen Versuchen, welche Verf. seit über $^1/_2$ Jahre mit einer dem Aspirin analog zusammengesetzten Verbindung der Salizylsäure mit der Methylenzitronensäure, die chemisch als Methylenzitronensäureester der Salizylsäure bezeichnet werden kann, bei den verschiedenartigsten Krankheiten angestellt hat, glaubt er dieses Präparat als ein Salizylderivat ansehen zu können, welches, von Nebenwirkungen völlig frei, eine genügend energische Salizylwirkung entfaltet. Diese Substanz, welche unter dem Namen Novaspirin von den Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co., Elberfeld, in den Handel gebracht worden ist, stellt ein weisses, kristallinisches geruchloses Pulver dar, mit schwach säuerlichem, durchaus nicht unangenehmem Geschmack.

Digitized by Google

Es enthält ca 62 % Salizylsäure. Es ist in Wasser fast unlöslich, in Alkohol leicht löslich. Es hat sich bei allen den Krankheiten, bei denen Salizylpräparate angewendet werden, speziell bei den verschiedenartigsten Rheumatosen, Neuralgien, Erkältungskrankheiten, besonders auch bei der Influenza, ferner auch bei Gicht, dermassen gut bewährt, dass er sich veranlasst sieht, durch Publikation seiner Resultate die Kollegen auf das Präparat aufmerksam zu machen und zu weiteren Versuchen anzuregen.

Nach Schilderungen von 34 Fällen mit positivem und 11 Fällen mit negativem Erfolg kommt Verf. zu folgenden Schlussfolgerungen:

Im allgemeinen zeigte Novaspirin im Gegensatz zum Aspirin keine diaphoretische Wirkung. Nebenwirkungen, speziell auf Magen und Herz, wurden niemals beobachtet. In allen Fällen, speziell auch beim Kinde, in Dosen bis zu 0,5, wurde es sehr gut vertragen; auch in höheren Dosen bei Erwachsenen bis zu 2 g 4mal täglich. Nur in einem Falle trat nach Novaspirin Durchfall auf. Besonders bemerkenswert ist, dass bei Personen, wo Aspirin nicht vertragen wurde, auf Novaspirin nach keinerlei Hinsicht hin unangenehme Nebenwirkungen auftraten. Auch über den Geschmack wurde nicht geklagt, Aufstossen u. dergl. wurde nicht beobachtet.

Die gewünschte Wirkung trat in den meisten Fällen prompt nach der Einnahme des Mittels auf, vielfach schon nach wenigen Minuten.

Bezüglich des Indikationsgebietes möchte F. seine Erfahrnngen in folgendem Resumé zusammenfassen.

1. Die meisten rheumatischen Erkrankungen akuter und chronischer Art wurden vom Novaspirin in der günstigsten Weise beeinflusst. Die Zuverlässigkeit und Promptheit der Wirkung scheint der des Aspirins nicht oder nur wenig nachzustehen.

2. Bei Neuralgien der verschiedensten Art, auch solchen toxischen Ursprungs, war die Wirkung des Novaspirins eine unübertroffen gute. Es schien hier vielfach mehr zu leisten, als die üblichen Antineuralgika. Auch die Ischias wurde wiederholt durch Novaspirin auf das günstigste beeinflusst. Nerven und Gelenkschmerzeu auf nervöser Basis schienen ein dankbares Feld für eine Behandlung von Novaspirin zu geben.

3. Nicht minder gut hewährte es sich bei Erkältungskrankheiten, speziell der Influenza. Es leistete hier vortreffliche Dienste, zur Beseitigung der vielseitigen Krankheitssymptome.

4. Die Kombination der Salizylsäure mit der Methylenzitronensäure liess es von vornherein geeignet erscheinen zur Anwendung bei der Gelenkgicht. In 3 Fällen bewährte es sich in dieser Indikation auf das beste. Es dürften hier grössere Dosen, 2 g 3—4 mal täglich erforderlich sein.

5. In den Fällen, woselbst es versagte, schien von vornherein eine Salizyltherapie wenig aussichtsvoll zu sein; in vielen derartigen Fällen waren auch Aspirin und andere Salizylpräparate ohne Wirkung.

Digitized by Google

Gesundheitspflege.

Über das Thema der Schülerselbstmorde verarbeitete neuerdings, wie wir der letzten Nummer der „Schulgesundheitspflege" entnehmen, Professor Eulenburg-Berlin das amtliche Aktenmaterial, umfassend im ganzen 1152 Fälle aus den Jahren 1880 bis 1903. Darunter befinden sich 284 Einzelberichte und zwar aus höheren Lehranstalten. Im Alter unter 15 Jahren verübten Selbstmord 653 männliche und 159 weibliche Schüler, im Alter unter 20 Jahren 242 männliche und 5 weibliche Schüler. Bezüglich der Ursache stellt Eulenburg fest, dass aus Furcht vor Strafe 336 Fälle zu verzeichnen sind. Er glaubt jedoch, dass diese Zahl noch weit hinter der Wirklichkeit zurückbleibt. In 70 Fällen liegt geistige Krankheit zugrunde. In 18 Fällen wird Liebe als unmittelbare Ursache bezeichnet. Doch dürfte auch hier die Zahl in Wirklichkeit weit grösser sein. In einer grossen Zahl werden ganz unbedeutende Dinge als Grund angegeben z. B. Ärger, verweigerte Mitnahme zu Vergnügungen, Spielerei etc.

In den höheren Lehranstalten ist die Zahl der Schülerselbstmorde bedeutend grösser als in anderen Schulen. Im Alter über 15 Jahren sind sie fast genau viermal häufiger als unter 15 Jahren. Unter den 284 Fällen lassen 29 Fälle auf geistige Störungen schliessen. Bei 51 Fällen liegt angeborene erbliche Belastung vor. Unschwer lässt sich in den betreffenden Familien geistige Krankheit, Trunksucht, Epilepsie etc. feststellen.

Interessant sind die Beziehungen zwischen Schule und den Fällen. Bei einer Gruppe, 69 an der Zahl, liegt mangelhafte Begabung vor; die Leistungen waren ungenügend; trotzdem wurden sie gezwungen die Schule weiter zu besuchen; unter diesem Druck und Zwang kam es zu den Katastrophen. Es sind jene Fälle von Sorgenkindern, bei denen die Unvernunft, der falsche Ehrgeiz der Eltern vielfach die Schuld trägt. Bei einer zweiten Gruppe, 68 an der Zahl handelt es sich um vorzüglich begabte Schüler, „die aber durch Schwäche des Charakters, durch Exzesse erotischer oder alkoholischer Natur von der Schule abgelenkt, und so einem frühen Verfall zugeführt werden." Recht beträchtlich sind auch die Fälle einer dritten Gruppe, wobei eine verkehrte Lebenshaltung, verfrühte Nachahmung studentischen Treibens, unverdaute Lektüre (Nietzsche, Zola, Schopenhauer), religiöse Zweifel das Motiv abgeben. Natürlich bleibt auch bei einer unbedeutenden Zahl, 67 Fällen unentschieden, was der eigentliche Grund gewesen sein mag. Die zumeist gewählte Art des Selbstmordes ist die des Erschiessens.

Eulenburg kommt zu dem Schluss, dass bei der Abschätzung der Frage, ob dem Hause oder der Schule die grössere Schuld an den Selbstmordfällen beizumessen sei, die Wagschale sehr tief zu Ungunsten des Hauses herabsinken muss. Gewiss ist die Schule nicht freizusprechen von Schuld, wenn auch das Anstossgebende mehr in der ungeeigneten Persönlichkeit einzelner Lehrer als in der Schule selbst zu suchen ist. Die Aufgabe der Lehranstalten kann es

Digitized by Google

aber nicht sein, dem Haus die eigentliche erzieherische Pflicht abzunehmen. In viel zu zahlreichen Fällen zeigt sich das Haus dieser Aufgabe nicht im mindesten gewachsen. Der notwendige Faktor der Erziehung ist liebevolles Versenken in die individuelle Eigenart der Kinder, dann werden wenigstens so grelle Begehungs- und Unterlassungsstünden in Zukunft vermieden werden. (Frkft. Ztg.)

Rezensionen.

Japanische Gymnastik für Knaben und Mädchen. Von H. Irving Haucock. 8°, 127 S. Stuttgart 1906. Julius Hoffmann. Preis 2 M.

Verf. hat die japanische Gymnastik in Japan unter Leitung der berühmtesten Lehrer gelernt und behauptet, dass schon eine sechswöchige Muskelstählung nach diesem System den Körper stärker und gelenkiger macht als gewöhnliche gymnastische Ausbildung im Laufe eines Jahres, zumal wenn es sich nur um sogenannte Freiübungen handelt. Der hier gebotene Kursus soll ein Schuljahr umfassen. Es gibt keine gesonderten Übungen für Knaben und Mädchen. Es sei noch besonders auf das 3. Kapitel hingewiesen, wo sich verschiedene ganz leichte Übungen für schwächliche Kinder finden. Welchen Wert die japanische Gymnastik besitzt, geht aus der Tatsache hervor, dass beim Marsche der verbündeten Heere auf Peking im Jahre 1900 die Japaner durch ihre Marschleistungen und Ausdauer alle aus dem Kontingente weit übertrafen. Da aber alle japanischen Soldaten, Matrosen und Polizisten den offiziellen Kursus in Jiu-Jitsu, der genannten Gymnastik, durchmachen müssen, so ergibt sich dessen hervorragende Bedeutung. Levy (Berlin).

Die neueren Arzneimittel in ihrer Anwendung und Wirkung. Bearbeitet von Dr. Richard Lüders unter gefl. Mitwirkung von Dr. med. W. Thom. III. (Schluss-) Abteilung. Leipzig 1907, Benno Konegen Verlag. Preis des ganzen Werkes 15 M., gebd. 16.50 M.

Was wir schon bei früheren Besprechungen der ersten Abteilungen hervorgehoben haben, trifft auch für den Schlussband zu: der Verf. gibt mehr, als der Titel vermuten lässt. Nicht allein die neueren Arzneimittel werden in ihrer Anwendung und Wirkung aufgeführt, sondern auch viele andere therapeutische Massnahmen. Wir erwähnen aus der vorliegenden Abteilung Kochsalzinfusionen, Paraffininjektionen, Finsenlicht, Radium u. s. w. — Da dem Werke ein übersichtliches Register beigefügt ist, so ist eine schnelle Orientierung möglich und seine Brauchbarkeit erhöht. Das Buch verdient um so mehr Anerkennung, als eine derartige Bearbeitung mit einer so vollständigen Literaturangabe bisher überhaupt noch nicht vorliegt.

Saalfeld (Berlin).

Digitized by Google

Die angeborene Hüftgelenkverrenkung. Von Dr. Peter Bade. Mit 189 Abbildungen im Text. Stuttgart 1907. Ferd. Enke. Preis 12 Mark.

Verfasser, der Spezialarzt für orthopädische Chirurgie und leitender Arzt am Hannoverschen Krüppelheim Anna-Stift in Hannover ist, hat die vorliegende ausführliche Monographie unter Benutzung einer umfassenden und gründlichen Literaturkenntnis und auf Grund seiner offenbar sehr reichlichen Erfahrung in eigener Praxis ausgearbeitet. Für den praktischen Arzt ist dieses Werk von um so grösserem Wert, als Diagnose und Differentialdiagnose einen breiten Raum einnehmen; der Arzt muss aber, wie Verf. sagt, die angeborene Hüftverrenkung frühzeitig erkennen, dann wird er auch eine frühzeitige Behandlung einleiten, davon hängt aber die Gesundheit und das Glück vieler Kinder, vieler Eltern ab. Bei den Kapiteln über die Behandlung wird dasjenige über die unblutige Behandlung sehr eingehend behandelt. Die beigegebenen Abbildungen tragen zum Verständnis des Textes viel bei. S.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Über die Funktionsstörungen des Herzens bei Scharlach (Behandlung mit Serum). Von J. W. Troitzky.

Schon die Ärzte in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts haben sich mit der Pulsbeschreibung bei Scharlach reichlich beschäftigt. — Verfasser bespricht die Resultate eigener Beobachtungen bei Scharlachkranken im Januar und Februar vorigen Jahres, nachdem er vorher die Literatur sachgemäss und sehr ausführlich besprochen hat. — Die Beobachtungen haben doppeltes Interesse, da Verfasser die Behandlung mit Mono- und Polyvalentantistreptokokkenserum anwendete. — Die Epidemie hatte einen schweren Charakter. An 43 Kranken wurden bei 33 Fällen charakteristische Erscheinungen auf dem Gebiete des Gefässsystems konstatiert. — Von 38 einzelnen klinischen Symptomen wurde am häufigsten hystolisches Geräusch der Herzspitze (10 mal) beobachtet. — Verfasser beschreibt uns die Veränderungen der Pulskurve vor und nach der Seruminjektion, auf die im Original verwiesen wird.

(Arch. f. Kinderhkde., Bd. 65.) F. Theodor (Königsberg i. Pr.)

Enteritis und Appendizitis im Kindesalter. Von Guinon.

Von 29 Kindern aus der Praxis von Guinon, die eine Appendizitis bekamen, hatten 23 vorher verschieden lange Zeit an irgend einer Form von Enteritis gelitten. Diese Zahl von 23 stellen 20,7 Proz. der Gesamtsumme von 135 Enteritisfällen dar. Danach ist also die primäre Ursache der Appendizitis eine akute, subakute oder chronische Enteroeolitis. Guinon fand weiterhin einen innigen Zusammenhang der letzteren mit der akuten und chronischen Adenoitis, welche ihrerseits oft der Ausgangspunkt der Darmkatarrhe sei. Diese Ätiologie zeigt die Wirksamkeit der prophylaktischen Behandlung,

Digitized by Google

da Antisepsis und Kurettement des Rachens einerseits, Antisepsis des Darms durch vegetarische und mehlige Diät und wiederholte Purgentien andererseits den Darmkatarrh fernhalten oder zur Heilung bringen und dadurch die Gefahr einer Appendizitis beträchtlich verringert und letztere sogar geheilt werden kann.

(Rev. mens. des malad. de l'enf.) H. Netter (Pforzheim).

Beiträge zur Lehre der Kleinhirngeschwülste im Kindesalter. Von T. Oshima.

Verfasser beschreibt einen solchen Fall bei einem 6jährigen Mädchen, der mit Kopfschmerzen bei einem völlig gesunden, kräftigen, geistig normalem Kinde begann. Der Kopfschmerz lokalisierte sich meist am Hinterkopfe, trat morgens und abends anfallsweise auf und war von Erbrechen begleitet. Allmählich gesellte sich die Abnahme der Sehkraft und des Gehörvermögens hinzu. — Im weiteren Verlaufe beobachtete die Mutter des Kindes oftmals Zähneknirschen und Aufschreien, zu dem sich von Tag zu Tag unsichererer Gang hinzugesellte. — Die Sprache des Kindes wurde langsamer und zeitweise stellte sich Nackensteifigkeit ein. — Allmählich wurde die rechte Körperhälfte völlig gelähmt, es traten Konvertikeln hinzu: unter kontinuierlicher Abnahme der Kräfte verfiel das Kind in Bewusstlosigkeit und ging an Schwäche zu Grunde. — Bei der Sektion fand man einen solitas c. mit grossem Tuberkel am Wurm und an der rechten Kleinhirnhemisphäre, wie an der l. Grosshirnhemisphäre einen kirschkerngrossen Tuberkel, daneben beträchtlicher Hydrozephalus. — Die Bronchialdrüsen waren verkäst und weitere deutliche tuberkulöse Herde.

(Arch. f. Kinderhkde., Bd. 45) F. Theodor (Königsberg i. Pr.).

Über Rheumatismus nodosus im Kindesalter. Von M. Horn.

Eine Zusammenfassung des über diese anscheinend seltene Beobachtung niedergelegten Materials dürfte folgendes ergeben: Der Rheumatismus nodosus ist eine auf rheumatischer Basis beruhende fieber- und meist beschwerdefreie Erkrankung der sehnigen Gebilde und des Periostes, bei der es an verschiedenen Körperstellen, zumeist in der Nähe der Gelenke bilateral und systematisch zur Bildung von fibrösen Knötchen kommt. Der Rheumatismus nodosus ist keine Erkrankung der genesis und tritt stets sekundär, nur bei rheumatischen Individuen als ein der anderen Manifestationen rheumatischer Infektion koordiniertes Symptom auf, gleichzeitig oder unabhängig von diesen. Er befällt meist Kinder bis zur Pubertät mit anscheinender Bevorzugung des weiblichen Geschlechts, deren Konstitution durch vorausgegangene rheumatische Erkrankungen geschwächt ist. Der Rh. nod. ist stets von schweren Herzklappenveränderungen begleitet, die über kurz oder lang ad citum führen. Den mit ihm komplizierten rheumatischen Erkrankungen muss deshalb eine gewisse Malignität zuerkannt werden. Das Auftreten von Rheumatismus nodosus im Verlaufe von Erkrankungen mit unbekannter Ätiologie muss als pathognomonisches Zeichen für die rheumatische Natur derselben aufgefasst werden.

(Wien. klin. Wochenschr. 1907.) H. Netter (Pforzheim).

Digitized by Google

Zu den bereits vorliegenden Mitteilungen über günstige Erfolge mit Fibrolysin bei Ösophagusstriktur fügt P. Michaelis aus der chirurgischen Abteilung des Leipziger Kinderkrankenhauses (Prof. Tillmanns) eine neue hinzu. Es handelte sich um eine narbige Verengung, hervorgerufen durch Dekubitalgeschwüre bei einem achtjährigen Mädchen, dem ein Kirschkern im Ösophagus stecken geblieben war. Wiederholte Sondierung und längere Krankenhausbehandlung führten nur zu der Möglichkeit, Flüssigkeiten durchzubringen; aber selbst hierbei traten oft Erstickungsanfälle ein. Nach 7 Fibrolysineinspritzungen, alle 3 Tage 2,3 ccm abwechselnd in Arm, Rücken, Nacken, konnte das Kind als geheilt betrachtet werden. Dr. W. Lüth (l. c.) sah auch gute Erfolge von der Anwendung des Fibrolysins bei der Behandlung der parenchimatösen Form der gonorrhoischen Prostatitis.

(Mediz. Klinik, 1907.) H. Netter (Pforzheim).

Kleine Mitteilungen.

Die modernen Bestrebungen zur Bekämpfung der Tuberkulose haben einen erfreulichen Fortschritt zu verzeichnen. Es haben sich nämlich dieser Tage die schon vor Jahren begründeten 5 Vereine ehemaliger Patienten bekannter Heilanstalten (Belziger, Gütergotzer, Görbersdorfer, Bucher und Beelitzer) zu einem deutschen Zentralverband zur Bekämpfung der Tuberkulose mit dem Sitz zu Berlin zusammengeschlossen, der sich in seinem Kern also aus früheren Patienten zusammensetzt, die am eigenen Leibe praktische Erfahrungen gesammelt haben. Der Zentralverband bezweckt, ein gesundheitsgemässes Leben unter den Mitgliedern zu fördern. Daran gliedern sich die Krankenunterstützung, Hilfe und Unterstützung beim Berufswechsel Lungenkranker, Belehrung über Entstehung und Verbreitung der Krankheit sowie Vorträge von hervorragenden Ärzten über Gesundheitspflege im allgemeinen und Verbreitung von aufklärenden Schriften. Es soll ferner ein Ambulatorium für Lungenkranke begründet werden, das besonders für die Untersuchung im Anfangsstadium und die dauernde Kontrolle der Erkrankten in Betracht kommt. Nach Möglichkeit sollen den Mitgliedern in geeigneten Fällen Kräftigungsmittel zur Verfügung stehen und Erleichterungen für Erholungsreisen in Badeorte, Heilanstalten etc. geschaffen werden. Für Demonstrationszwecke soll ein belehrendes Museum eingerichtet werden.

Zum Vorsitzenden wurde Prof. Dr. Moeller-Berlin gewählt und zum Generalsekretär der Berliner Arzt Dr. Weissbein, der Meldungen zum Beitritt etc. im Bureau des Zentralverbandes, Berlin, Schiffbauerdamm 2, entgegen nimmt.

Verlag von Benno Konegen, Leipzig. — Druck von Julius Beltz, Hoflieferant, Langensalza.

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Sanitätsrat Dr. Sonnenberger in **Worms.**

erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

XVIII. Jahrg. **September 1907.** **No. 9.** (213.)

Inhalt: Originalien: **Kühner,** Neue Beiträge zur Kenntnis der verderblichen Wirkungen ungeeigneter Saugvorrichtungen, namentlich des sog. Schnullers. 193. — Referate: **Sittler,** Dauer der Immunität nach Injektionen von Diphtherieserum. 197. — **Deutschmann,** Hyperämiebehandlung. 197. — **Trumpp** und **Salge,** Milchküchen und Säuglingsfürsorgestellen 198. — **Bishop,** Arterielle Hypotension. 199. — **Witzenhausen,** Phimose als wichtige Ursache innerer Erkrankungen. 200. — **Langstein,** Zystitis und Pyelitis. 201. — **Jezierski,** Verhalten der Pupillen bei Erkrankungen des Wurmfortsatzes. 202. — **Rosenhaupt,** Übungstherapie im frühen Kindesalter. 204. — **Solt,** Milch als Hämostatikum. 205. — **Léval,** Veronal in der Kinderpraxis. 205. — **Eisenberger,** Jodofan als Jodoformersatzmittel. 207. — Gesundheitspflege: 6. Verbandstag der Hilfsschulen Deutschlands in Charlottenburg: **Stier** u. **Kielhorn,** Militärdienst der geistig Minderwertigen. 209. — **Fuchs,** Schwachbeanlagte. 210. — **Sandt,** Geplante Neuorganisation. 211. — Rezensionen: **Höller,** Sexuelle Frage. 212. — **Dannemann,** Psychiatrie und Hygiene. 213. — **Engel,** Klima und Gesundheit. 213. — **Tietz,** Chemische und bakteriologische Untersuchungen von Milch. 213. — **Bartenstein** und **Tada,** Lungenpathologie der Säuglinge. 213. — **Liebe,** Unterricht im Freien. 214. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 214. — Kleine Mitteilungen. 216.

Nachdruck mit **genauer** Quellenangabe gestattet. — Separatabdrücke verboten.

Neue Beiträge zur Kenntnis der verderblichen Wirkungen ungeeigneter Saugvorrichtungen, namentlich des sogenannten Schnullers.

Von Dr. A. Kühner (Coburg).

Die Tatsache ist allgemein bekannt, dass durch Irrtümer und Vorurteile, durch kleine Fehler bei der Pflege der Kinder, für dieselben grosse Gefahren herbeigeführt werden können. Unter diesen Irrtümern, Fehlern nehmen Saugvorrichtungen und unter diesen das Gummihütchen und der sog. Lutscher (Lutschbeutel, Schnuller, Zulp, Zutzl, Suzel, Schlutzel) eine hervorragende Stelle ein wegen der grossen Gefahren, welche diese Vorrichtungen und die mit ihnen verbundenen hartnäckigen Gewohnheiten für Leben und Gesundheit des Kindes bedingen. Die Vielnamigkeit dieses Werkzeuges macht zugleich dessen allgemeine Verbreitung erklärlich. Zunächst kann die beim Gebrauch

Digitized by Google

des Gummihütchens und Schnullers vorkommende Unreinlichkeit im hohen Grade verderblich wirken. Ein solcher „Tröster", ein altes Saughütchen aus Gummi, dessen Farbe oft kaum mehr erkenntlich ist, oder ein mit sauer gewordenem Zwieback- oder Mehlbrei gefüllter schmutziger Leinwandbeutel fällt auf den Boden oder in die mit Urin, vielleicht auch mit Fäces verunreinigte Windel. Was geschieht? Die aufmerksame Mutter hebt ihn auf, wischt ihn am Ärmel ab, bespeichelt ihn und steckt ihn dann sorgsam dem kleinen Schreihals wieder in den Mund! Das geschieht alltäglich trotz der Fortschritte der Bakteriologie und trotz der Belehrung über aseptisches Verfahren. Indes erstreckt sich die Wirkung des Gummihütchens, des Schnullers noch weiter auf die Bildung des Mundes, Verbildung der Kiefer, Irregularitäten der Zähne, Obstruktion der Nase und andere tiefgreifende krankhafte Zustände der Kinder in den ersten Lebensjahren. Von diesen Gefahren soll hier die Rede sein.

Selbst die einfachen Saughütchen haben aus mechanischen Gründen Nachteile. Das ununterbrochene Ansaugen von Milch vermittelst eines Saugers ist den Gesetzen der Physik zufolge dem Kinde nur möglich, wenn während des Saugens immer Luft von aussen her in die Flasche nachrücken kann. Der Luftdruck muss nämlich, damit das saugende Kind Milch aus der Flasche in seinen Mund hineinbekommen kann, im Fläschchen grösser sein als im Munde des Kindes. Wenn aber das Kind lange saugt, so wird die Luft in der Flasche derart verdünnt, dass in einem bestimmten Moment der Luftdruck im Munde des Kindes und in der Flasche gleich gross wird und dann geht keine Milch mehr aus der Flasche in den Mund des Kindes hinein. Das Kind fühlt das instinktiv, denn es hört, sobald es merkt, dass die Milch schwer in seinen Mund gelangt, nach einer Anzahl von Zügen mit dem Saugen auf. Jetzt kommt durch das Bohrloch des Saughütchens wieder Luft in die Flasche und das Kind kann nun wiederum mit Erfolg saugen. Dasselbe Spiel wiederholt sich immer wieder von neuem, d. h. das Kind muss beim Trinken immer nach einigen Zügen absetzen und sich dabei unnötigerweise anstrengen. Die Kinder versagen die Flasche. Mit der Zeit kommen infolge dieses fortgesetzten angestrengten Saugens mittelst derartiger Vorrichtungen namentlich mittelst des Schnullers (auch durch das Daumenlutschen! Red.) Deformitäten des Kiefers sehr oft zustande, wie folgende Betrachtung lehrt.

Wenn wir ein Kind an der Mutterbrust beobachten, so sehen wir dasselbe den Mund vollkommen öffnen, so dass nicht nur die Brustwarze, sondern auch ein grosser Teil der Brust vom Mund des Kindes eingenommen wird. Die Mutter wird auf Befragen erklären, dass die ganze Brustwarze im Munde des Kindes Platz findet. Die Muttermilch wird aus der Warze und Brust mehr ausgedrückt, als angesaugt. Der ganze Vorgang des Saugens dauert zehn bis fünfzehn Minuten. Vergleicht man mit diesem natürlichen Vorgang das Saugen mittelst künstlicher Vorrichtungen, so ergeben sich grosse Unterschiede. Bei den künstlichen Vorrichtungen handelt es sich nicht um weiches, elastisches, vitales Gewebe, sondern hier kommt ein hartes unnachgiebiges Material zur Wirkung. Die Milch kann nur langsam in den Mund des Kindes eindringen. Gleichzeitig mit der Milch gelangt Luft durch die Öffnungen

Digitized by Google

der Flasche. Die Wangen, anstatt sich passiv zu verhalten, wie beim Stillen, werden sichtbar nach aussen gestossen vom atmosphärischen Druck. Man trinke 100 Gramm Wasser aus einer Säuglingsmilchflasche und man wird finden, dass die Kiefermuskeln noch nach einer halben Stunde schmerzen. Die harte, unelastische Beschaffenheit, die Unnachgiebigkeit eines Gummihütchens oder eines Schnullers, der Tag und Nacht vom Kinde benutzt wird, die grossen Muskelanstrengungen, welche dieses, sagen wir künstliche Saugen im Vergleich zum natürlichen Saugen an der Mutterbrust dem Kinde auferlegt, der enorm vergrösserte atmosphärische Druck, der auf den Wangen und Kiefern lastet, muss unausbleiblich eine nachteilige Wirkung auf die zarten, knöchernen Gebilde des kindlichen Kiefers äussern, sie in ihrem Wachstum, in ihrer Entwicklung stören. Der Gaumenbogen erreicht in seinem mittleren Anteil, in seinem Zentrum eine abnorme Höhe und erlangt bisweilen eine V-förmige Gestalt. Dass, wenn die üble Gewohnheit des Lutschens während der ersten Lebensjahre andauert, auch die Zähne in ihrer Entwicklung beeinträchtigt werden und eine fehlerhafte Stellung einnehmen, erhellt. Durch die abnorme Gestaltung des Gaumenbogens, des Oberkiefers nehmen auch die Nasenhöhlen eine regelwidrige Gestalt an, ihre Durchzügigkeit erleidet eine Verengerung. Indem sich der quere Durchmesser der Nasenhöhle verengert, erleidet das Septum eine Verkrümmung, das Ergebnis ist eine Obstruktion oder Beschränkung der Nasenatmung; allmählich wird die Mundatmung habituell.

Bei dieser ist indes die Erwärmung und Befeuchtung der Luft weit geringer, als bei einer freien Nasenatmung, Staubteile und Krankheitserreger dringen weit ungehinderter in Kehlkopf, Luftröhre und Lunge ein, geben daselbst zu Infektionskrankheiten Anlass. Auch für die Ernährung ist die Mundatmung nicht minder ein beträchtliches Hindernis. Nach einigen Versuchen zu saugen, stellt sich Luftmangel ein, das Kind lässt los, macht einige tiefe unruhige Atemzüge, dann neue Versuche, zu trinken und so nimmt das unerfreuliche Spiel seinen Fortgang. Die Nahrungsaufnahme bleibt eine ungenügende; sehr oft wird die Flasche bald ganz verweigert, sodass zum Notbehelf des Auffütterns mit allen seinen Nachteilen geschritten werden muss. Der verengerte Nasenrachenraum steht ferner mit Gehörstörungen, selbst mit Mittelohrerkrankungen im Zusammenhang. Im Bereich des sog. lymphatischen Nasenringes (Waldeyer) entwickeln sich häufig Wucherungen, insbesondere diejenigen der Rachenmandel und Gaumenmandeln, durch welche Bildungen die kindliche Mundatmung wesentlich erschwert wird. In eigentümlicher Weise leidet nun die geistige Entwicklung, auch abgesehen von der verminderten Hörfähigkeit; das als „Apeosexie"*) geschilderte Bild beim Kind steht mit verengertem Nasenrachenraum und einer vergrösserten Rachenmandel in Verbindung. Solche Kinder klagen über Kopfschmerz, sind träge, denkfaul, ermüden bei geringer geistiger Tätigkeit. Der

*) Aprosexia (ἀ priv. und προσέχω sc. τὴν νοῦν, den Geist auf etwas richten) eine von Huye eingeführte Bezeichnung, die häufig in einer durch nasale Erkrankung bedingten Störung der Gehirntätigkeit besteht. Huye unterscheidet drei Formen: 1. eine physiologische als Folge von zerebraler Überanstrengung, 2. eine neurasthenische als Folge von pathologischer zerebraler Ermüdung und 3. eine rein nasale als Retentionserschöpfung.

Digitized by Google

Ausdruck des Gesichtes ist charakteristisch verändert; durch das Offenstehen des Mundes, den Mangel am Minenspiel, erhält dasselbe etwas eigentümlich Starres, Totes. Das Gesicht erhält einen eigenartig apathischen, tölpelhaften Ausdruck. Nach Körner sind Gaumenverbildungen, Veränderungen des Gesichtsskeletts eine Folge der Mundatmung. Allmählich und sicher leidet durch dieselbe die Entwicklung des Brustkorbs. Leicht kommt es, zumal wenn andere begünstigende Momente (Rachitis) vorliegen, zur Entstehung der sog. Hühnerbrust (pigeon-breast) oder der eingedrückten Brust, wobei die untern Rippen abgeflacht erscheinen, während das Sternum und die Rippenknorpel hervorspringen. Kleine Ursachen, grosse Wirkungen! Grosses liegt oft bei der Pflege der Kinder im Kleinen verborgen und geborgen! Für alle diese Fehler und Übel ist häufig nur das Lutschen verantwortlich zu machen. Es ist ein grosses Verdienst von Tom F. Pedley in Rangoon*) (Hinterindien), die verderblichen Wirkungen der Saugfläschchen und Lutschbeutel einer eingehenden Nachforschung bei an der Brust und mit der Flasche aufgezogenen Kindern in Hinterindien und England unterzogen zu haben. Eine Reihe instruktiver Abbildungen, gewonnen durch Photographien von Modellen der Kiefern- und Zahnbildung von Kindern, die eine grosse Reihe von Jahren beobachtet worden und die, trotz Einreden und Vorstellungen bei den Müttern, die üble Gewohnheit des Lutschens beibehalten, veranschaulichen alle die von uns geschilderten nachteiligen Folgen.

In jenem höchst lesens- und beherzigenswerten Exposé werden zugleich Mittel zur Abhilfe angegeben. Was die Beschaffenheit der Saughütchen betrifft, so hat bereits Hochsinger**) darauf aufmerksam gemacht, dass das Saughütchen nach Fürst, jenen Übelständen Abhilfe gewährt, indem durch die Lücke an der Spitze des daselbst angebrachten Glasröhrchens beständig Luft in die Flasche nachrücken kann.***) Pedley empfiehlt ein von den gegenwärtig gebräuchlichen Saughütchen sowohl in Bezug auf Grösse als Konsistenz ganz abweichendes Muster. Da eine gute Nachahmung der mütterlichen Brustwarze, selbst aus Kautschuk, schwer zu beschaffen, wird man sich zur grösseren Befriedigung mit einer in das Gefäss, aus welchem das Kind zu saugen pflegt, eingeführten Röhre und einem weichen Ansatz derselben begnügen. Auf diese Weise kann die Milch bequem und langsam in den Mund des Kindes gelangen. Das gewaltsame Saugen kommt hierbei in Wegfall. Als einen Ersatz des gewöhnlichen Saughütchens empfiehlt Pedley den Gebrauch eines gut geformten weichen Gummifingerlings; ein Säugling von einer Woche kann bequem saugen an einem Hütchen in der Grösse des Daumens eines Mannes. Ein solches Hütchen kann an der Schnepfe eines Gefässes wie ein Saugnäpfchen oder auf einer gewöhnlichen Saugflasche angebracht werden. Fingerlinge sind in verschiedenen Grössen zu haben, sind weich, schlaff, leicht zu reinigen und kosten wenig mehr als gewöhnliche Saug-

*) The rubber teat and deformities of the jaw, British medical journal vom 20. Oktober 1906.

**) Gesundheitspflege des Kindes im Elternhaus. 2 gänzlich umgearbeitete Auflage. Mit 18 Abbildungen. Wien. Franz Deuticke.

***) Der Gebrauch des Saughütchens ergibt sich aus der der dortigen Beschreibung beigegebenen Abbildung.

Digitized by Google

hütchen. Sobald als möglich lässt man die Kinder aus einem Porzellanschiffchen oder aus einer Schale, welche mit einem schnabelförmigen Fortsatz versehen ist, trinken.

Der Lutschbeutel muss in jeder Form aus der Kinderstube verbannt werden. Das Selbststillen soll jede Mutter als eine heilige Pflicht betrachten. Die verderblichen Wirkungen, die wir als Folge gewisser Saugvorrichtungen in Vorstehendem kennen gelernt, mögen für die Mütter ein neuer Ansporn sein, sich an ihre Pflicht, das Selbststillen, zu erinnern! (Anm. d. Red. Sind Deformitäten der Kiefer, falsche Zahnstellung etc. zustande gekommen, so lasse man dieselben durch einen erfahrenen Zahnarzt korrigieren. Die Zahnheilkunde hat nach dieser Richtung hin in letzter Zeit sehr grosse Fortschritte gemacht und man nützt den Kindern durch die Korrektur unendlich.)

Referate.

Über die Dauer der Immunität nach Injektionen von Diphtherieserum. Von M. Sittler. (Jahrb. f. Kinderheilk., 1906, Bd. XIV.)

Diese Abhandlung, welche auf der Beobachtung von 912 Kindern, welche prophylaktische Injektionen von Diphtherieserum erhalten hatten, beruht, führt zu folgenden Schlüssen:

Die prophylaktische Seruminjektion führt zu einer Immunität von 3—5 Wochen und mehr nur unter der Bedingung, dass die immunisierten Kinder nicht zu oft mit Diphtheriekranken oder Diphtherierekonvaleszenten in Berührung kommen. Im Falle einer solchen Berührung, falls die immunisierten Kinder unter Diphtheriekranken verweilen, kann die Dauer der Immunität nur 10—15 Tage betragen. Unter den gleichen Bedingungen jedoch werden die nicht immunisierten Kinder viel öfter als die mit prophylaktischen Seruminjektionen Behandelten von Diphtherie befallen.

Alle katharrhalischen und sonstigen Affektionen, welche die Schleimhäute verletzen, stellen, selbst bei immunisierten Kindern, eine äusserst günstige Vorbedingung zur Akquirierung der Diphtherie und vermindern zugleich die Dauer der Immunität.

Nach der Diphtherie, welche bei Kindern, die eine prophylaktische Seruminjektion erhalten haben, auftritt, kann ein neuer Diphtherieanfall ebenso frühzeitig auftreten als bei Kindern, die nur eine prophylaktische Seruminjektion erhalten haben.

Die ausgebreiteten scharlachartigen Exantheme, selbst wenn sie ohne Fieber und ohne ausgesprochene Angina verlaufen, sind meist wahre skarlatinöse Affektionen.

Es ist besser, die Kinder vor wiederholten Injektionen zu schützen, indem man sie nach der ersten Injektion isoliert.

v. la Hausse (Kirchweidach).

Die Hyperämiebehandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose. Von Deutschmann. (Münch. med. W. No. 15 u. 16, 1907).

Für die Hyperämiebehandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose stellt D. folgende Grundregeln auf:

Die Stauung wird täglich nur 1—2 Stunden ausgeübt; sie muss

Digitized by Google

möglichst heiss sein und stets den Eindruck einer hochroten akuten Entzündung hervorrufen; sie darf kein Ödem erzeugen und sie darf vor allem keine Schmerzen verursachen, sie muss vielmehr dieselben beseitigen.

Es empfiehlt sich, nach einer 3- bis 4wöchentlichen Staubehandlung regelmässig eine Staupause von 5 bis 7 Tagen eintreten zu lassen.

Sobald Fistelbildung auftritt, geht man zu der Saughyperämie über, die am zweckmässigsten in Verbindung mit der Stauungshyperämie zur Anwendung kommt. Im Gegensatz zu der Technik bei akuten Infektionskrankheiten wird hier der Gummiball recht kräftig eingedrückt. — Mit grossem Vorteil wird die Saughyperämie auch bei der Punktion von Abszessen angewandt.

Die Hyperämie soll möglichst frühzeitig beginnen und möglichst lange, auch wenn jede äussere entzündliche Erscheinung schon längst geschwunden ist, als Nachbehandlung fortgesetzt werden, um Rezidive zu vermeiden.

Eine Immobilisation ist bei Hyperämiebehandlung nicht notwendig; im Gegenteil hat es sich als zweckmässig erwiesen, wenn die erkrankten Glieder massvoll bewegt und zu leichten Verrichtungen gebraucht werden, natürlich insoweit dies ohne Beschwerden möglich ist. Diesem Vorgehen ist es zuzuschreiben, dass ein weit grösserer Prozentsatz von Gelenken beweglich ausheilt, als es sonst der Fall ist. Indessen ist streng vor einer Übertreibung derartiger Massnahmen zu warnen, das Prinzip der Entlastung muss aufs sorgfältigste gewahrt werden, und tuberkulöse Gelenke sind noch lange Zeit vor Belastung zu schützen.

Was die operativen Massnahmen anbelangt, so tragen diese fast durchweg den Charakter von konservativen, schonenden Eingriffen. Der tuberkulöse Gelenkhydrops wird in der Regel nicht punktiert; er bildet sich unter Stauung meist von selbst zurück. Nur bei stärkeren Hydropsien und bei kalten Abszessen wird zur Punktion geschritten, ohne dass Jodoform eingespritzt wird. Heisse Abszesse werden frühzeitig indiziert; verschiedentlich müssen auch Sequester entfernt werden. Gänzlich vermieden wird das Schaben von Abszessen und das Auskratzen und Austamponieren der Fisteln. Schnell (Egeln).

Milchküchen und Säuglingsfürsorgestellen im Dienste der Säuglingsfürsorge. Von Trumpp und Salge.

Das Referatthema der Gesellschaft für Kinderheilkunde, welche gelegentlich der diesjährigen Naturforscher- und Ärzteversammlung in Dresden tagt, behandelt die Milchküchen und Säuglingsfürsorgestellen. Die Referenten haben hierfür folgende Schluss-Sätze aufgestellt:

Trumpp;

1. Unter den gegenwärtigen Verhältnissen sind ärztlich geleitete Beratungsstellen und Milchküchen, zumal eine Vereinigung beider, eine unentbehrliche Einrichtung der öffentlichen Säuglingsfürsorge. 2. Ihr Hauptwert liegt in ihrem erzieherischen Einfluss. Ihre Leistungen sind jeweilen abhängig vom Verständnis des ortsansässigen Publikums im allgemeinen und von der Vorbildung und Intelligenz der Frequentanten im besonderen. 3. Ihre geringe Zahl

Digitized by Google

und ihr kleiner Wirkungskreis lässt nicht erwarten, dass sie die allgemeine Säuglingssterblichkeit nennenswert herabsetzen können. 4. Man wird sich im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit künftig nicht mehr damit begnügen dürfen, die üblen Folgen von Missständen zu mildern, sondern wird sich der mühsamen Arbeit unterziehen müssen, das Übel an der Wurzel zu fassen und vor allem das Volk durch methodischen Schulunterricht in Hygiene, speziell auch in Kinder- und Säuglingshygiene, allmählich zum verständigen Mitarbeiter heranzubilden. 5. Um den der Säuglingsfürsorge dienenden Anstalten die richtige Stellung dem Volke gegenüber zu sichern, müssen sie den Charakter sozialer Wohlfahrtseinrichtungen und nicht etwa von Wohltätigkeitsanstalten tragen. 6. Alle derartigen Anstalten sind mit Rücksicht auf ihre vornehmste Bedeutung als Volkserziehungsinstitut unter ärztliche Leitung zu stellen. 7. Die Ärztearbeit im Dienste der Säuglingsfürsorge ist nicht umsonst zu leisten. 8. Es ist anzustreben, dass die Fürsorgestellen zu Bezirkszentralen ausgebaut werden, die alle Zweige der Säuglingsfürsorge umfassen.

Salge:

1. Säuglingsmilchküchen als solche sind nicht als ausreichende Einrichtungen zur wirksamen Bekämpfung der Säuglingsmortalität und -Morbidität anzuerkennen. Sie können eine Bedeutung nur dann haben, wenn sie mit einer Fürsorge- oder Beratungsstelle verbunden sind. Bei derartigen Einrichtungen ist der Nachdruck auf die Beratung zu legen, der Milchküche kommt nur eine sekundäre Bedeutung zu. Sogenannte ärztliche Wiegestunden, die mit den Milchküchen verbunden werden, sind kein vollwertiger Ersatz der Fürsorgestellen, da nur von ihnen eine genügend eindringliche Belehrung und Stillpropaganda zu erwarten ist. 2. Den Säuglingsfürsorgestellen muss das Recht zustehen, wenigstens ernährungskranke Kinder zu behandeln und die Ausführung der gegebenen Vorschriften im Hause des Säuglings kontrollieren zu lassen. 3. Die Milchküche muss so eingerichtet sein, dass sie jede diätetische Verordnung ausführen kann und nicht an ein Schema gebunden ist. Nicht wünschenswert sind Milchküchen, die nach einem bestimmten Verfahren arbeitend eine „Säuglingsnahrung" herstellen, von der behauptet wird, dass sie der Muttermilch nachgebildet sei. Die Anforderungen, die von seiten des Kinderarztes an eine für die künstliche Ernährung des Säuglings geeignete Milch gestellt werden müssen, sind schärfer zu formulieren, vor allem muss das dringend und unbedingt Notwendige von dem Wünschenswerten getrennt werden. 4. Es ist dringend wünschenswert, einheitliche Auffassungen darüber zu gewinnen, welchen Bevölkerungsschichten die Säuglingsfürsorge zu Gute kommen soll, und es ist zu fordern, dass die Säuglingsfürsorge von Ärzten geleitet wird, die eine genügende pädiatrische Vorbildung besitzen. S.

Über arterielle Hypotension konstitutionellen Ursprunges bei Kindern. Von L. F. Bishop. (Journ. of the americ. medic. assoc., 1906.)

Autor weist auf einen eigentümlichen Symptomenkomplex hin, den

Digitized by Google

er bei Kindern gefunden hat und der, nach seiner Ansicht, mit einer primitiven oder konstitutionellen arteriellen Hypotension zusammenhängt, die von keinem Herzklappenfehler, keiner Herzmuskelerkrankung herrührt und die nicht die Folge einer mehr oder weniger kachektisierenden Allgemeinerkrankung ist.

Die fragliche Erkrankung hat wahrscheinlich ihren Ausgangspunkt im Nervensysteme, wenngleich ihre Erscheinungen vor allem das Gefässsystem betreffen. Die kleinen Kranken weisen meist einen sehr schwachen arteriellen Druck auf. Der Puls bietet die Charaktere dar, die man bei infolge einer akuten oder chronischen Krankheit völlig entkräfteten Individuen beobachtet. Man findet keine einer Herzerkrankung eigentümlichen Symptome, als Dyspnoe, Ödeme, und die Nierenfunktion ist eine normale. Hingegen konstatiert man eine ganze Serie Symptome, die der Ausdruck einer mangelnden Zirkulation sind: kalte Füsse, Verstopfung, Hautausschläge etc.

Die Kinder, um die es sich handelt, sind ganz besonders zu katarrhalischen Affektionen, zu funktionellen Störungen des Nervensystems und zuweilen zu Ohnmachten geneigt.

In pathogenetischer Hinsicht wäre B. geneigt, die Ursache der Hypotension in der peripheren Zirkulation zu lokalisieren und dieselbe durch eine Erschlaffung der Vasomotoren, die hinwiederum die Aktivität des Herzens beeinflussen würde, zu erklären.

Die Differentialdiagnose dieser Affektion von einer Herzaffektion ist leicht: es genügt Körperübungen vorzuschreiben und zu beobachten, wie sich der kleine Kranke diesem therapeutischen Mittel gegenüber verhält. So sehr dasselbe Herzleidenden schädlich ist, so nützlich erweist es sich in Fällen von Hypotension konstitutionellen Ursprunges.

v. la Hausse (Kirchweidach).

Die Phimose eine wichtige Ursache innerer Erkrankung der Knaben. Von Witzenhausen. (Münch. med. W. 1907, No. 22.)

W. berichtet über mehrere Erkrankungsfälle von Knaben, welche lediglich durch eine mehr oder weniger hochgradige Phimose hervorgerufen wurden. In dem Krankheitsbild trat die Phimose selbst als solche nicht hervor, es waren vielmehr ganz andere Erscheinungen sekundärer Natur, welche den ganzen Symptomenkomplex ausmachten und welche ganz andere Krankheitsbilder vortäuschten, die eigentliche Ursache wie mit einem dichten Schleier umhüllend.

Auf Grund dieser Beobachtungen kommt W. daher zu folgenden Schlüssen: Der Phimose der Knaben ist schon im ersten Kindesalter mehr Beachtung zu schenken, als dies bisher geschehen ist. Dieselbe kann die Ursache innerer Erkrankung abgeben, in deren Vordergrund stärkere Obstipation und deren Folgen stehen. Es wird so ein schädlicher Einfluss auf die Darmorgane der Kinder, auf die ganze Verdauungstätigkeit ausgeübt, der schliesslich auch noch in späteren Jahren, wenn die primäre Ursache schon längst behoben ist, für die ganze Konstitution noch von Bedeutung werden und eine Disposition zu anderen Erkrankungen schaffen kann. Die Phimose ist daher, wenn die

Digitized by Google

genannten Symptome eintreten, möglichst bald zu beseitigen, am sichersten und raschesten wohl durch die Zirkumzision.

Schnell (Egeln).

Bemerkungen zur Diagnose und Behandlung der Zystitis und Pyelitis im Kindesalter. Von Langstein. (Therap, Mon. Mai 1907).

Bei den schleichend verlaufenden Zystitiden sind Unruhe, Blässe, Mattigkeit, Appetitlosigkeit beim Säugling und älteren Kinde oft die einzigen Symptome von seiten einer erkrankten Blase. Von diesen führt eine Reihe von Übergängen zu den akuter und schwerer verlaufenden Formen, die durch fieberhafte Temperaturen, schmerzhafte Koliken, auffallende Blässe, beschleunigte Atmung und lebhaftes Geschrei beim Aufsetzen charakterisiert sind. Weiter vorgeschrittene Fälle erinnern, durch die fahlblasse Gesichtsfarbe der Kinder, die Grösse der Augen, das unruhige heisere Schreien an das Symptomenbild des schweren eitrigen Darmkatarrhs im letzten Stadium. Auch Verwechslung mit eitriger Meningitis ist möglich. Erst die Harnuntersuchung klärt den Sachverhalt auf. Der frisch gelassene Harn ist trübe, bei der gewöhnlich vorliegenden Infektion durch Bakterium koli sauer und eiweisshaltig. Die Färbung ist bedingt durch Eiterkörperchen, Epithelien und Bakterien. Bei den septischen, durch Staphylo- und Streptokokken bedingten Zystitiden ist die Harnreaktion alkalisch. Symptomatisch unterscheiden sich diese nur wenig von der Kolizystitis; nur ist der Verlauf ein malignerer, die Beimischung von Blut zum Harn häufiger. Die Pyozyaneuszystitis, häufig eine Komplikation allgemeiner Pyozyaneussepsis, ist durch Blutungen auf der Haut charakterisiert. Auch Diphtheriebazillen können die Erreger der Blasenentzündung sein.

Das Weiterkriechen der Infektion durch die Ureteren ins Nierenbecken kann man meist aus der Druckempfindlichkeit der Nierengegend diagnostizieren. Ganz charakteristisch für das Übergreifen der Eiterung auf die Niere selbst ist das Auftreten gastrointestinaler Symptome, von Erbrechen und Durchfällen, die in gar keiner Abhängigkeit von der Ernährung stehen. Die bei der Palpation stark schmerzhaften Nieren können auf das Doppelte vergrössert sein; der Eiweissgehalt des spärlichen Harns ist vermehrt, Zylinder und andere Nierenelemente treten auf, Konvulsionen, Opisthotonus, Koma können sich dem Bilde hinzugesellen. das unter hohem, remittierendem oder intermittierendem Fieber den Tod des Säuglings herbeiführen kann.

Die Zystitis gehört mit zu den häufigsten Erkrankungen im Säuglingsalter, und zwar hat das weibliche Geschlecht eine grössere Disposition dazu. Was den Infektionsmodus betrifft, so können die Bakterien durch die Harnröhre eindringen, sie können auf hämatogenem Wege nach der Ausscheidung durch die Niere in die Harnblase gelangen oder endlich von den benachbarten Orten durch die Wandung der harnableitenden Wege wandern, um sich auf deren Schleimhaut anzusiedeln. Zum Zustandekommen der Zystitis müssen nun noch disponierende Momente in der Blase vorhanden sein. Diese sind: Momente der Harnstauung durch Hindernisse der Entleerung wie auch durch das Allgemeinbefinden der Kinder schädigende Einflüsse, Erkältungen, Verminderung der Diurese,

Digitized by Google

Hyperämie, Reizung und Läsionen der Schleimhaut durch Fremdkörper und Steine.

Zystitis und Pyelitis im Kindesalter gehören zu den therapeutisch leicht zu beeinflussenden Erkrankungen. Die Prophylaxe spielt eine grosse Rolle. Die Reinhaltung der Genitalien ist von grösster Bedeutung. Verstopfung und Erkältung sind zu vermeiden. Die Therapie muss zunächst eine ätiologische sein. Etwa vorhandene, eine Zystitis unterstützende Momente, Anomalien der Harnwege, Fremdkörper und Steine müssen zunächst behandelt werden.

Das souveräne Mittel für Bekämpfung der Zystitis und Pyelitis ist das Urotropin. Säuglingen gibt man von einer Lösung 1 bis 3 g U. in 100 g Wasser 3 mal täglich 10 ccm in Milch, älteren Kindern kann man grössere Dosen bis 1,5 g pro die geben. Recht wirksam ist auch das Salol; davon gibt man Säuglingen viermal täglich 0,1—0,3 g. älteren Kindern viermal 0,5 g. Äusserst wirksam ist die Abwechslung zwischen den beiden Medikamenten. Die Blasenspülung hat nur dort Erfolge, wo die Entzündung auf die Schleimhaut der Blase beschränkt ist. Bei Säuglingen wird diese in der Weise vorgenommen, dass man einen kleinen Metallkatheter einführt, an dem ein Stückchen Gummischlauch befestigt ist, mit einer 10 ccm fassenden Spritze wird zuerst 3 proz. Borsäurelösung eingeführt; man gibt 3—5 Spritzen und lässt die Lösung jedesmal abfliessen; dann werden ebenso 3 Spritzen einer Argent.-Lösung 1 : 2000 bis 1 : 1000 eingespritzt und schliesslich durch Einführung von 3—5 Spritzen 1 proz. Kochsalzlösung der Rest der Höllensteinlösung gebunden. Starke Schmerzen werden mit Katasplasmen und Narcoticis, Obstipation mit Abführmitteln behandelt. Flüssigkeit muss in reichlicher Menge zugeführt werden. Ältere Kinder erhalten eine reizlose, aus Milchspeisen und Vegetabilien bestehende Diät. Als Getränke können gegeben werden Molken, Fruchtlimonade, Mandelmilch, alkalische Wässer, Bärentraubenblätter- und Lindenblütentee.

Schnell (Egeln).

Verhalten der Pupillen bei Erkrankungen des Wurmfortsatzes. Von P. V. Jezierski. (Klinik Eichhorst Zürich.) (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin einer Chirurgie Bd. XII, Heft 4 u. 5.)

Die ersten Beobachtungen über Pupillenungleichheit wurden an Rekonvaleszenten von akuten Krankheiten gemacht. Es fiel bei ihnen häufig eine abnorme Weite der Pupillen auf, noch häufiger das Symptom der springenden Mydriasis. Als Beispiel dafür, dass dies merkwürdige Pupillenspiel wiederholt an einem Tag sich ändern oder tagelang anhalten kann, führt Verf. einige Notizen und Zahlen an einem 7 jährigen Scharlachpatienten an, der bis zum 23. Tag normale Pupillen hatte, von da ab in auffallender Weise das Bild der Anisokorie bot. Dagegen fand J. bei drei Krankheiten und zwar beim Typhus, bei der Tuberkulose und bei der akuten Appendizitis ein häufig wiederkehrendes bestimmtes Pupillensymptom, nämlich eine Verengerung der linken Pupille. Die erste diesbezügliche Beobachtung betraf einen Typhuskranken, bei dem gelegentlich des erstmaligen Aufseins plötzlich heftige Schmerzen in der Ileocoekalgegend

Digitized by Google

aufgetreten waren. Die dabei bemerkte Verengerung der linken Pupille blieb 3 Tage unverändert, so lange, als die Schmerzen und das Fieber andauerten. Im ganzen wurde etwa in 4 Prozent der Fälle des Beobachtungmaterials bei gleichzeitiger Schmerzhaftigkeit der rechten Darmbeingegend eine linksseitige Myosis beobachtet. Es liegt nahe, zur Erklärung dieser Erscheinungen an dem anatomischen Bau des nicht selten mit in die Erkrankung hineingezogenen Wurmfortsatzes zu denken. In zweiter Linie wurde das Verhalten der Pupillen zur tuberkulösen Erkrankung des Wurmfortsatzes berücksichtigt. Interessant ist z. B. folgender Fall: ältere schwer lungenkranke Frau mit dauernd ungleichen Pupillen. Es lag der Gedanke an eine Lähmung des in die Erkrankung — etwa in eine Kaverne — hineingezogenen Sympathikus nahe. Plötzliche heftige Schmerzen in der Ileocoekalgegend erwecken den Verdacht auf eine Miterkrankung des Appendix. Ähnlich war das Verhalten in zwei anderen Fällen von Tuberkulose des Wurmfortsatzes resp. starker Entzündung. In den Bereich der Untersuchungen fielen auch Fälle von Pseudoappendizitis, z. B. später als Salpingitiden sich entpuppende Erkrankungen, erschwerte Menstruation oder anhaltende Koprostase, wo mit Ablauf der Periode oder nach reichlicher Entleerung auch die Ileocoekalschmerzen verschwanden. Irgend welche Pupillendifferenzen hat Verf. bei diesen Pseudo-Wurmfortsatzerkrankungen nie gefunden. Interessant in diagnostischer Hinsicht war folgender Fall: Ein 16 jähriger Knabe erkrankte mit allen Zeichen einer akuten Blinddarmentzündung. Ein deutlicher strangförmiger vom Nabel bis zum Leberrand reichender Tumor imponierte als der entzündete und emporgeschlagene Wurmfortsatz. Eine typische Pupillenveränderung fehlte. Eine nach einigen Wochen ausgeführte Operation ergab das Intaktsein der Appendix, dagegen einen Senkungsabszess. — Bei einer wirklichen Erkrankung der Appendix dagegen fand sich in fast allen Fällen — annähernd 30 — eine Myosis der linken Pupillen. Am häufigsten und am deutlichsten fand sie Verfasser in der schmerz- und fieberhaften Periode, in dem abklingenden und schmerzfreien Stadium trat sie meist dann nur auf, wenn auf den noch nicht ausgeheilten Wurmfortsatz ein mässiger Druck ausgeübt wurde. Nicht vorhanden war sie meist in den Fällen sogen. „Crises appendiculaires“ oder leichter katarrhalischer Erkrankung ohne Mitbeteiligung des Peritoneums. Ebenso fehlten sie in den allerersten Stunden oder Tagen, solange das Krankheitsbild noch nicht voll entwickelt war, um später namentlich mit dem Einsetzen der Schmerzen in den Vordergrund zu treten. Bei Patienten, die, ohne Wurmfortsatz, doch noch späterhin über Schmerzen in der Ileocoekalgegend klagten, war eine Verengerung der linken Pupille nicht erkennbar. Dass eine Beweisführung für den aus diesen Beobachtungen sich anscheinend ergebenden Zusammenhang zwischen Pupillenreaktion und Appendixerkrankungen bei den nicht gefestigten anatomischen Grundlagen nur schwer zu erbringen ist, gibt J. ohne weiteres zu. Das Ergebnis wird dabei zusammengefasst: Fast bei jeder akuten und lokalen, die Kardinalsymptome wie Puls- und Temperaturerhöhung, Schmerzhaftigkeit der rechten Darmbeingrube und Spannung der Bauchdecken bietenden Appen-

Digitized by Google

dizitis tritt eine Verengerung der linken Pupille auf. Vorbedingung für die Untersuchung soll es sein, dass die Lichtquelle gleichmässig und allseitig zuströmt, dass der Patient längere Zeit auf die Decke oder in die Ferne schaut und dass alle beunruhigenden Momente möglichst ausgeschaltet sind. In einer Fussnote bemerkt Verf., dass seine Beobachtungen anderwärts Bestätigung gefunden haben, indem auf der Züricher chirurgischen Klinik bei etwa 20 Patienten, die wegen Appendizitis zur Operation kamen, das Symptom der linksseitigen Myosis sich vorfand.

H. Netter (Pforzheim).

Übungstherapie im frühen Kindesalter. Von H. Rosenhaupt. (Wiener klinische Rundschau 1906, Nr. 52.)

Dass die Übungstherapie im weitesten Umfang, auch ohne Apparate und in der Privatpraxis selbst bei jungen Kindern möglich und zu einem immerhin erfreulichen Erfolg geführt werden kann, hilft die vorstehende Mitteilung beweisen. Voraussetzung für das Gelingen ist neben viel Ausdauer und Energie bei Arzt und Umgebung die Weckung des Verständnisses für das Endziel der eingeleiteten Behandlung. Wo es an Einsicht und Verständnis mangelt, wie bei kleinen Kindern, muss der Arzt der Vorstellungswelt und den Interessen des Kindes sich anpassen und er wird dann immer noch manchesmal Schwierigkeiten haben, der Umgebung eines solchen Kindes Verständnis für die Theorie und Praxis einer systematischen Übungsbehandlung beizubringen. Der von R. beschriebene Fall hat auch insofern Interesse, als eine absolut präzise Diagnose bei dem $3^1/_4$ Jahr alten Kind nicht gestellt werden kann, das, von blutsverwandten Eltern stammend, weder gehen noch stehen konnte. Bemerkenswert ist, dass das jüngste Kind der Eltern, ein amaurotischer Idiot, sich in einer Anstalt befindet. Kurz zusammengefasst handelt es sich bei dem $3^1/_4$jährigen Knaben um spastische Lähmung der linken Extremitäten, adenoide Vegetationen und vielleicht Gaumensegelparese. Zu der Frage nach der Natur des zu Grunde liegenden Krankheitsprozesses spricht sich Verf. offenbar mit Recht für die Annahme einer kongenitalen Defektbildung im Grosshirn aus und zieht dafür die Blutsverwandtschaft der Eltern und die amaurotische Idiotie des jüngsten Kindes heran. Jedenfalls ist die andere Annahme, die eines abgelaufenen entzündlichen Prozesses, einer Enzephalitis, nicht zwingend, für die wohl im Sauglingsalter vorgekommene Krämpfe sprechen würden, die aber ebenso gut, im Zusammenhalt mit den laryngospastischen Anfällen, auf der Basis einer spasmophilen Diathese entstehen konnten. — Dem Spasmus wurde durch passive, oft wiederholte Bewegungen entgegengearbeitet, daneben Petrissage der Arm- und Beinmuskulatur. Der Hauptwert wurde auf die bahnende Übungstherapie gelegt — Zielbewegungen mit Bein und Arm bei Rückenlage, unter Dienstbarmachung des kindlichen Spieltriebs, dann Gehübungen, zunächst mit Unterstützung von zwei auf beiden Seiten des Kindes oder von einer, aber vor dem vorwärtsstrebenden Kind gehenden Personen. Wichtig ist, darauf zu achten, dass das Kind nicht von vornherein sich eine zum Gehen

Digitized by Google

unzweckmässige Fusshaltung angewöhnt. Nach achtmonatlicher Behandlung war das Kind soweit, dass es einen geraden Weg ohne Schwanken und Taumeln zurücklegen und Halbwendungen, wenn auch mit Schwierigkeiten und mit zeitweisem Ersatz durch zwei Viertelwendungen ausführen konnte. Von Anfang an wurde ausserdem Faradisation der gelähmten Extremitäten vorgenommen. Beim Gehenlernen hält Verf. Laufgurten nicht für empfehlenswert, das Kind wird zu wenig selbständig und der Erzieher kann nicht so genau für das Labilwerden des Gleichgewichts durch Veränderung des Unterstützungspunktes den Ausgleich schaffen.

H. Netter (Pforzheim).

Die Milch als Hämostatikum. Von P. Solt. (Therap. Monatsh. 1906, Oktober.)

Im ersten Falle, 15 jähriges Mädchen, erste Menstruation, heftige Blutung, komatöser Zustand, hatte Solt zuerst zur Stillung der Blutung Scheidentamponade, Salzwassereingiessungen in den Darm etc. versucht. Da Pat. überdies alles erbrach, bekam sie ein Nährklystier, Milch mit etwas Salz: die Blutung stand sofort. Als Solt später las, dass Crouson mit Erfolg Milchklystiere bei Hämoptoe angewandt hatte, machte er diese Klystiere, am besten mit der Klysopompe, bei jeglicher Blutung mit nie ausbleibendem Erfolg. So konnte eine schwere Hämatemesis zum Stehen gebracht werden nach Einverleibung von 3 Litern frischer Milch mit 3 kleinen Teelöffeln Salz per Klysma. Bei Postpartum-Blutungen mit Plazentarretention machte er sofort eine Eingiessung von wenigstens 1 Liter Milch „wie man sie gerade bekommen kann, kalt oder warm, ganz frisch oder wenige Stunden alt", dann Injektionen von Kampferäther, dann erst wurde die Plazenta gelöst. Verf. hat bemerkt, dass Milch rascher resorbiert wird als Salzwasser. Dasselbe gilt von Lungenblutungen, 2 Fälle, von Blasenblutungen etc. Die Eingiessungen werden im allgemeinen gut vertragen, einige wenige Kranke klagten über Blähungen. Es wurde, mit Ausnahme von Verblutungen, jedesmal nur ein halber bis 1 Liter eingegossen. Die Kranke befindet sich in Seitenlage. Wurde von halb bewusstlosen Kranken die Flüssigkeit zurückgedrängt, so muss die Temperatur der Milch derjenigen des Körpers angepasst werden. Die Milch ist ein Drüsensekret und wirkt wie das Sekret anderer Drüsen (Adrenalin, Thyreoidin), blutstillend. Die Milch enthält Kalksalze (Gelatine soll nach Zibell infolge ihres Kalkgehaltes blutstillend wirken), sie enthält einzelne Leukozyten und die Zerfallsprodukte der Kerne sollen das Ferment zur Blutgerinnung geben. Auch die Extraktivstoffe der Milchdrüse dürften hämostatisch wirken. Milch ist schliesslich überall zu haben, sie ist völlig unschädlich und die Applikationsweise kann man jedem Laien beibringen.

H. Netter (Pforzheim).

Das Veronal in der Kinderpraxis. Von Desiderius Lévai (Budapesti orvosi ujzag Nr. 1, 1907.)

Bei der Ordination des Veronals in der Kinderpraxis rechnete Verf. mit der allbekannten, in der neueren Literatur besonders seitens französischer Autoren wiederholt betonten Tatsache, dass der menschliche Organismus im Säuglings- und Kindesalter gegen alle Hypnotika, Sedativa

Digitized by Google

und Narkotika äusserst empfindlich ist und dass die Ordination solcher Mittel bei Kranken des Säuglings- oder Kindesalters sehr leicht zu verhängnisvollen Folgen führen kann. Ebendeswegen ging er beim Gebrauch des Veronals sehr vorsichtig vor und ordinierte es in kleineren Dosen, als es Schiffer, der zuerst Angaben über die Anwendung des Veronals bei Kindern machte, angibt.

Verf.'s Beobachtungen sind folgende:

Bei Meningitis basilaris tuberculosa gab L. es in drei Fällen gegen die sowohl dem Kranken, als dessen Umgebung qualvollen Kovulsionen. Dass alle drei Fälle letal endeten, ist natürlich, betont doch jedes Fachwerk, dass die Diagnose der Meningitis tuberculosa ein Todesurteil für den kleinen Patienten bedeutet. Tatsache ist aber, dass das Veronal die Konvulsionen, gegen welche Brom und Chloral wirkungslos blieben, in zwei Fällen seltener und schwächer machte und in einem Falle gänzlich aufhob.

Bei acht Fällen von Eclampsia infantum blieben dreimal die Anfälle auf Veronal gänzlich aus; viermal wurden die Symptome seltener und schwächer; in einem Falle jedoch (2 jähriges Mädchen) zeigte sich gar kein Erfolg, bis endlich auf Santonin gänzliche Euphorie eintrat. In diesem Falle rührten die Konvulsionen augenscheinlich von einer Helminthiasis her.

Unter vier Fällen von Pavor nocturnus war bei zweien der Effekt prompt; bei dem dritten waren die nächtlichen Aufregungen und Schrecken durch Adenoid-Vegetationen verursacht. Nach Entfernung der hypertrophierten Nasen- und Rachenteile verschwand auch das Übel. In dem vierten Falle wurden die Nächte des Kindes allmählich ruhiger, nachdem das unpassende Nachtlager des Kindes mit einem geeigneteren und zweckmässigeren vertauscht worden war.

Die Dentitio difficilis gehört bekanntlich manchmal zu den schwierigsten Krankheitserscheinungen (? Red.). Der Laie beschuldigt — wie wir alle wissen — als Ursache für jede Unruhe und jedes Übel des Säuglings- und Kindesalters die Dentition. In den seltenen Ausnahmefällen, wo eine Beruhigung bezw. die Linderung der grossen Unruhe und die Bekämpfung der anhaltenden Schlaflosigkeit der Säuglinge indiziert war, ordinierte Verf. das Veronal. Der erwartete Erfolg stellte sich in allen Fällen ein.

Bei Chorea minor konnte Verf. es nur in einem Falle geben, da aber der kleine Patient von weither aus der Provinz war, kam er nicht wieder in die Beobachtung.

In drei Fällen von Hysterie verordnete S. das Veronal mit Erfolg. Die eine Patientin war ein 8 jähriges, anämisches, skrofulöses und schlecht entwickeltes Mädchen, bei welchem die Hysterie neben den mannigfaltigsten Erscheinungen auch deutlich somnambulistische Symptome hervorrief. Das Kind wurde in günstigere Verhältnisse gebracht, erhielt — neben Milch, Eisen und Lebertran — abhärtende Waschungen, und nahm kurze Zeit hindurch auch Brom; wegen Idiosynkrasie wurde dieses jedoch bald ausgesetzt. Erfolg sah Verf. auch bei dem grössten Optimismus nicht. Hiernach versuchte er die regelmässige Darreichung (jeden 2. – 3. Tag) von Veronal. Nach An-

Digitized by Google

gaben der Ziehfrau von Verf.'s staatlicher Kinderkolonie (dem Verbande des Pécser staatlichen Kinderasyls angehörend) hat das Mädchen seit Anfang November — seitdem es Veronal nimmt — kaum mehr als ein- bis zweimal des Nachts aufgeschrieen, ja es gab seitdem sogar Nächte, welche es ganz ungestört und ruhig durchschlief. Die Aufregungs-Symptome weichen langsam in wahrnehmbarer Weise.

Die von Verf. gebrauchten Dosen sind folgende:

bei Kindern bis	1 Jahr	0,015	g,
von	1—3 Jahren	0,025	„
„	3—5 „	0,03	„
„	5—7 „	0,05	„
„	7—9 „	0,10	„
„	9—11 „	0,15	„
„	11—14 „	0,25	„

In gegebenen Fällen, wenn das Kind stark und gut entwickelt ist, pflegt Verf. diese Dosen um 1—2 cg zu verstärken.

In allen Fällen lässt S. das Veronal in warmer Milch geben.

Nach Erscheinen des Artikels kam Verf. noch ein bemerkenswerter Fall vor, der einen stark rachitischen Knaben mit skrofulösem Habitus betrifft. Patient ist sehr schlecht entwickelt und macht, im Alter von 8 Jahren stehend, den Eindruck eines 5 jährigen. Er ist nicht nur körperlich, sondern auch geistig zurückgeblieben. Schon seit langem zeigte er neurasthenische Symptome und in letzter Zeit starken Pavor nocturnus mit wahrscheinlich auf nervöser Basis beruhender Schlaflosigkeit. Die offizinelle Mixtura bromata blieb erfolglos. Am 27. Dezember erhielt das Kind 0,05 g Veronal und schlief daraufhin die ganze Nacht ruhig ohne die geringsten Reizerscheinungen. Die gleiche Veronaldosis wurde noch die 4 nächsten Nächte hindurch verabreicht. Seitdem hat sich das Übel nicht mehr gezeigt. S.

Jodofan, ein neues organisches Jodpräparat, als Jodoformersatzmittel. Von H. Eisenberger. (Münch. med. Wochenschrift Nr. 43, 1906.)

Ein dem Jodoform gleichwertiges Mittel unter Vermeidung seiner Nachteile zu schaffen, erscheint als ein die darauf verwandten Anstrengungen lohnendes Ziel, wie die zahlreichen rastlos neu auftauchenden sogen. „Ersatzpräparate“ beweisen. Wenn nun in der Tat die hohe Überlegenheit der Lichtseiten des Jodoforms gegenüber allen anderen bisherigen Wundmitteln in vollstem Masse den Versuch der Herstellung eines gleich wirksamen organischen Jodpräparates rechtfertigt, dürfte es auch durchaus angebracht sein, jedes solche Präparat, falls es die erforderlichen Garantien bietet, auf seinen Wert in der Wundbehandlung zu prüfen, da die Hoffnung, dass uns einmal ein wirkliches Ersatzmittel geboten wird, ungeachtet der vielfachen bisherigen Enttäuschungen keineswegs aufgegeben zu werden braucht.

Als ein angeblich den zu stellenden Anforderungen entsprechendes Mittel wurde von dem chemischen Institut Dr. Horowitz · Berlin unter dem Namen Jodofan das Monojododioxybenzolaldehyd $C_6H_2J(OH)_2$ HCOH eingeführt.

Das Jodofan bildet ein rötlich-gelbes kristallinisches, für den Ge-

Digitized by Google

brauch in der Wundbehandlung fein pulverisiertes, nicht hygroskopisches, rein organisch-chemisches Präparat, welches völlig geruch- und geschmacklos ist. Es ist unlöslich in den üblichen Agentien, Wasser, Alkohol, Äther, Chloroform. Durch die Wundsekrete wird es zersetzt, was die Umwandlung der roten Farbe in ein dunkles Grau dartut.

Die bakteriologische Prüfung, deren Resultate demnächst an anderer Stelle ausführlich veröffentlicht werden, haben eine überraschend kräftige desinfizierende Wirkung ergeben. Diese ist so stark, dass in ausgeschütteten Platten das Wachstum der Kulturen schon in einer Entfernung von fast 1 cm von der Trockensubstanz aufhört.

Diese hohe desinfizierende Kraft zusammen mit der absoluten Reizlosigkeit des Präparates, welche bei Verf.'s Versuchen ohne Zweifel sich kundtat und auch von anderen Kollegen, denen Jodofan zur Prüfung übergeben wurde, ausnahmslos konstatiert werden konnte, dürften dem Jodofan eine bedeutende Zukunft sichern. Wir besitzen ein solches Mittel, das im Gegenteil zu dem nach Heile nur in tiefen Wundhöhlen bei Sauerstoffabschluss seine volle antiseptische Kraft entfaltenden Jodoform, auch auf oberflächlichen Wunden diese beiden Eigenschaften vereinigte, bisher noch nicht.

Eine Prüfung des neuen Mittels hinsichtlich seines klinischen Verhaltens, welches ja schliesslich für die praktische Verwendbarkeit von ausschlaggebender Bedeutung ist, erschien somit wünschenswert.

Hinsichtlich der Benutzungsweise bemerkt E. folgendes: Eine Vorbedingung für die Erzielung guter Erfolge ist, dass man auf sezernierende Wunden das Pulver nur in feinster Schicht aufstreut. Wie alle pulverförmigen Mittel, einschliesslich Jodoform, bildet nämlich das Jodofan, wenn es in dicker Schicht aufgetragen wird, einen mit dem Wundsekret verbackenden Schorf, der die Aufsaugung in die Verbandstoffe hindert und dadurch der Wundheilung entgegenwirkt.

Das Jodofan darf also auf die Wundfläche nur in ganz dünner Schicht aufgestäubt werden. Dies ist auch völlig ausreichend, da die in die Umgebung wirkende Desinfektionskraft des Mittels ausweislich der Kulturversuche eine so ausserordentliche ist, dass auch bei minimalen Mengen von Jodofan in der Wunde eine Einwirkung zweifellos sich vollzieht. E. hat bei seinen Fällen das Verfahren des Aufstreuens von Jodofan auf die Wunde gewählt, um die Wirkung des Mittels in der einfachsten und beweiskräftigsten Form kennen zu lernen. Im allgemeinen wird man sich in den Fällen, wo ein hydrophiler Verband angezeigt ist, mit Vorteil der Jodofangaze bedienen, die in einer Stärke von 10 Proz. Jodofangehalt ohne nachteilige Zusätze fertig zu beziehen ist oder in der Art der an der v. Bergmann schen Klinik ausgeübten und für die Praxis empfohlenen Methode der Jodoformgazezubereitung selbst hergestellt werden kann.

Im ganzen verfügt Verf. über 49 mit J. behandelte Fälle, die meist der sogen. kleinen Chirurgie, sodann der dermatologischen (Ekzeme, Ulzera cruris. usw.) und der gynäkologischen Praxis angehören.

Verf. formuliert die Resultate seiner Beobachtungen zusammenfassend dahin, dass er

Digitized by Google

aus seinen Fällen den Eindruck gewonnen hat, dass wir in Jodofan ein dem Jodoform ebenbürtiges, absolut reizloses Wundheilmittel und Wunddesinfiziens besitzen, welches zweifellos völlig frei ist von allen den Nachteilen, die so häufig der Anwendung des Jodoforms entgegenstehen. S.

Gesundheitspflege.

Von den auf dem 6. Verbandstag der Hilfsschulen Deutschlands in Charlottenburg gehaltenenen Vorträgen haben die folgenden, die wir kurz ihrem Inhalte nach skizzieren wollen, für den „Kinder-Arzt" Interesse.

Stabsarzt Dr. Stier von der Kaiser Wilhelm-Akademie in Berlin sprach über den Militärdienst der geistig Minderwertigen.

Er führte zunächst aus, dass wir unter dem Namen geistig Minderwertige alle die Menschen zusammenfassen, welche, ohne eigentlich geisteskrank zu sein, doch in ihrer geistigen Verfassung so weit vom Durchschnitt abweichen, dass sie nicht imstande sind, im sozialen Leben das Gleiche zu leisten wie die übrigen. Den hohen Anforderungen des militärischen Dienstes sind sie erst recht nicht gewachsen. Durch den steten Zwiespalt zwischen Wollen und Können werden sie nach verschiedenen Richtungen hin ungünstig beeinflusst. Noch schlimmer aber ist, dass sie auch die Armee in schwerer Weise schädigen dadurch, dass sie die körperliche und intellektuelle Ausbildung der übrigen hemmen und hindern, dass sie ferner die Erziehung der Truppe zu richtigem Pflicht- und Ehrgefühl störend beeinflussen und dass sie ferner sogar unter Umständen eine antimilitärische und vaterlandsfeindliche Gesinnung unter ihren Kameraden verbreiten. Daher ist die Militärbehörde seit vielen Jahren bemüht, durch entsprechende Anordnungen die schnelle Wiederentlassung solcher Minderwertigen zu fördern, wenn möglich sogar schon ihre Einstellung in die Armee zu verhindern. Die Erfolge dieser Bemühungen lassen sich jetzt schon statistisch nachweisen. Die Fernhaltung wird erschwert, dass die ärztliche Untersuchung bei der Ausmusterung in anbetracht der Masse nur eine kurze sein kann. Es ist darum als ein grosser Fortschritt zu bezeichnen, dass neuerdings durch ministerielle Verfügung vom 20. Oktober bezw. 7. November v. J. die Hilfsschulen angewiesen sind,

Digitized by Google

alljährlich über die entlassenen Knaben Zeugnisse auszustellen und diese an die Gemeindevorsteher, die zur Anlegung der Stammrolle verpflichtet sind, zwecks Übermittelung an den Zivilvorsitzenden der Ersatzkommission einzusenden, und dass ferner dafür gesorgt wird, dass diese Zeugnisse rechtzeitig an die Ersatzkommissionen gelangen. Da schon jetzt mindestens 1600 junge Männer, welche als geistig Minderwertige die Hilfsschulen besucht haben, alljährlich zur Musterung gelangen, die Zahl der Hilfsschulen aber noch ständig im Zunehmen begriffen ist, so kann die Wichtigkeit dieser Verfügungen in vorbeugender Beziehung nicht hoch genug angeschlagen werden. Er schloss in dem Sinne: „Schutz den armen geistig Minderwertigen vor der Armee, aber auch Schutz der Armee vor den geistig Minderwertigen."

Die Ausführungen wurden allgemein mit grossem Beifall aufgenommen.

Das Korreferat dazu hatte Hauptlehrer Kielhorn-Braunschweig übernommen. Durch die neuesten Erlasse sei dasjenige gewährt, was die Hilfsschulen zunächst für ihre Zöglinge wünschen. Diese Erlasse müssen sich zuerst einleben, und wenn sie überall richtig befolgt würden, müssen sie gute Früchte zeitigen. Er weist nach, wie selbst der gutmütige, geistig Schwache durch den Dienst aufgerieben, seelisch verwirrt wird und allerlei Torheiten begeht. Die Truppe könne nur gewinnen, wenn ihr Soldaten dieser Art überhaupt nicht zugeführt werden. Nicht durch die Masse, sondern durch die Gediegenheit sei das deutsche Heer stark. Des weiteren verbreitet er sich an der Hand einer Statistik über seine 26jährige Erfahrung in dieser Sache und schliesst mit dem Mahnrufe an alle Hilfsschullehrer, wahre Kinderforscher zu sein und den Ersatzbehörden brauchbares Material durch gutgeführte Personalbogen zu geben zum Segen der geistig Schwachen.

Dann sprach Filialleiter Fuchs-Berlin über die Fortbildungsschule für Schwachbeanlagte. Er stellte die selbständige Fortbildungsschule als notwendige Ergänzung der Hilfsschule für schwachbeanlagte Jünglinge und Mädchen hin. Das Schülermaterial stellt sich aus ehemaligen Hilfsschülern und solchen psychopatischen Naturen zusammen, die in den bestehenden Fortbildungsschulen für Normale eine geeignete Behandlung und Förderung nicht erfahren können. Der Besuch muss obligatorisch sein und bis zum vollendeten 17. Lebensjahre dauern. Zweck der Schule ist eine weitere erziehliche Beeinflussung, als auch die Ausbildung für die Forderungen des praktischen Lebens. Zur Erreichung dieses Zieles ist eine niedrige Frequenz, eine genaue Differenzierung des Schülermaterials, eine zweckentsprechende Auswahl der Lehrstoffe und eine streng individualisierende Lehrmethode und Erziehung geboten. Es erfolgt eine zeitliche oder räumliche Trennung der Geschlechter. Unterrichtsfächer sind Deutsch, Lesen, gesellschaftskundliche Besprechungen, Schreiben, Rechnen und Handarbeit. Für die Mädchen ist die Erweiterung dieser Fächer durch Hauswirtschaft, für die Jünglinge durch Zeichnen zu empfehlen. Als Lehrkräfte kommen in erster Linie Hilfsschullehrer und Hilfsschullehrerinnen in

Digitized by Google

Betracht. Die Fortbildungsschule hat das von der Hilfsschule begonnene Werk der Beobachtung, Beratung und Fürsorge an den Schwachbeanlagten fortzusetzen. Die Versammlung nahm einstimmig eine Erklärung an, wonach sie einen Ausbau der Hilfsschule im Sinne der vom Referenten ausgeführten Darlegungen befürwortet. Darauf berichtete noch Rektor Sandt-Charlottenburg über: Die geplante Neuorganisation der Charlottenburger Gemeindeschulen mit Rücksicht auf die minderbegabten und minderleistungsfähigen Kinder. Er weist auf die in Charlottenburg, aber auch in vielen anderen preussischen Städten gemachte Erfahrung hin, dass nicht viel über die Hälfte der Schüler in die oberste Klasse gelangen und dass trotz der Hilfsschule eine grössere Zahl der Schüler nicht über die dritte Klasse hinauskommen. Diesem Übelstande abzuhelfen, war eine der Hauptaufgaben der in Charlottenburg im Jahre 1903 eingesetzten gemischten Deputation zur Hebung der Volksschulen. Diese einigte sich auf folgende Thesen: 1. Betreffend Grundklasse: Zur Vorbereitung einschulungsreifer Kinder ist im Osten, im Zentrum und im Westen der Stadt je ein Kindergarten unter Leitung einer geeigneten Lehrerin zu eröffnen. — Die Frequenz der Grundklasse darf 45, die Unterrichtszeit darf 18 Stunden in der Woche nicht übersteigen. Nach jeder halben Stunde ist eine Pause von 3—5 Minuten notwendig. Die schulärztliche Überwachung der Schulkinder ist zu verstärken. Zur Förderung solcher Kinder, welche in der Klasse nicht mit fortkommen, erteilt der Klassenlehrer spätestens im zweiten Halbjahr wöchentlich 3 Stunden Nachhilfeunterricht. Der Rektor ist befugt, die daran teilnehmenden Kinder von einigen lektionsplanmässigen Stunden zu dispensieren. 2. Betr. Normalklassen: Nach Verlauf der ersten vier Wochen des Schuljahres bis zum Beginn der letzten Schulwoche erteilt der Klassenlehrer den schwächsten Kindern der Klasse und solchen, welche infolge von Krankheit usw. einige, aber nicht sehr erhebliche Lücken aufweisen, wöchentlich drei Stunden Nachhilfeunterricht. 3. Betr. B-Klassen: Zwischen die Normalschule und die Hilfsschule wird ein System von Klassen eingeschoben, das in Bezug auf Lehrmethode und Bemessung des Lehrstoffes den Bedürfnissen solcher Kinder Rechnung trägt, die in den Klassen der Normalschule gar nicht mit fortkommen, deren geistige Kräfte aber eine Überweisung in die Hilfsschule nicht notwendig erscheinen lassen. Die Frequenz der B-Klassen darf 30 nicht übersteigen, die Zahl der Wochenstunden ist etwas niedriger zu bemessen als für die Nomalklassen. Für die schwächeren Schüler der B-Klassen erteilt der Lehrer wöchentlich 3—4 Nachhilfestunden. 4. Betr. A-Klassen: Die tüchtigsten Schüler der Normalklasse IV, welche bei ihrer Versetzung nicht nach der Sexta einer höheren Lehranstalt übergehen, werden in besonderen Klassen zusammengefasst und nach einem besonderen Lehrplane mit einer Fremdsprache unterrichtet. Schüler, welche für die Fremdsprache keine Begabung zeigen oder sie vernachlässigen, können nach Schluss eines Schuljahres wieder nach der Normalschule zurückversetzt werden. — Stadtschulrat Dr. Sickinger (Mannheim) begrüsste es

Digitized by Google

freudig, dass hier das „Mannheimer System“ nicht mechanisch übertragen, sondern den besonderen Verhältnissen angepasst worden sei. Der preussischen Regierung müsse man Dank wissen, dass sie hier ein Massenexperiment gestattet. In Österreich und in der Schweiz (Basel) sei man bereits ähnlich vorgegangen. Hoffentlich bleiben die Früchte nicht aus. Büttner (Worms).

Rezensionen.

Die sexuelle Frage und die Schule. Von Konrad Höller. 8° 56 S. Leipzig 1907, Erwin Nägele, Preis 1 M.

Eine brennende Frage, die jetzt überall und bei allen Gelegenheiten erörtert wird (so neulich bei der Tagung der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten sowie beim Kongress für Schulhygiene) und die kaum wieder von der Tagesordnung verschwinden dürfte — die Frage, ob die heranwachsende Jugend in sexueller Beziehung aufgeklärt werden soll. Seit Frank Wedekind seine Wendla in „Frühlings Erwachen“ die trotz oder vielleicht besser wegen ihrer lapidaren Kürze tief tragisch wirkenden Anklageworte ihrer Mutter zurufen lässt: „Mutter, warum hast du mir nicht alles gesagt?“, ist diese Frage mehr denn je in Fluss gekommen. Ihre Beantwortung in bejahendem Sinne wird jetzt kaum noch ernsthaft in Zweifel gezogen. Strittig ist nur, von wem diese Aufklärung ausgehen soll, von den Eltern, vom Arzt oder von der Schule. Die Eltern sind dazu sehr oft, ja wohl in den meisten Fällen nicht in der Lage; ihnen fehlt in vielen Fällen das Geschick („ich kann doch mit meiner Tochter ‚so was‘ nicht besprechen“, sagt die Mutter, wie mir Lehrerinnen des öfteren erzählt haben), auch sind die zu richtiger Unterweisung unbedingt erforderlichen naturwissenschaftlichen Kenntnisse teils nicht, teils nicht mehr vorhanden. Übernimmt aber der Arzt die Aufklärung, so wird in dem Kind der Eindruck erweckt, als ob es sich hier um etwas ganz Ausserordentliches handle. Und das soll gerade vermieden werden. Die geschlechtliche Sphäre soll des ihr bisher anhaftenden Mysteriums entkleidet, der Vorgang als ein absolut natürlicher dargestellt werden. Das kann aber am besten in der Schule vom Lehrer und da wiederum am besten im Rahmen des naturwissenschaftlichen Unterrichts erfolgen. — Der Verfasser, augenscheinlich ein sehr erfahrener Schulmann, hat sich im wesentlichen auf den hier entwickelten Standpunkt gestellt, und gibt zum Schluss eine sehr dankenswerte Übersicht, wie er sich die Verteilung des Stoffes auf die einzelnen Schuljahre — vom 5. an beginnend — denkt. Das Büchlein enthält eine Fülle von Anregungen und darf der Beachtung den Kollegen warm empfohlen werden. Tarrasch (Berlin-Friedenau).

Digitized by Google

Psychiatrie und Hygiene in den Erziehungsanstalten. Von Privatdozent Dr. Ed. Dannemann. 8° 150 S. u. 2 Abbild. Hamburg 1907. Agentur des Rauhen Hauses. Preis 2 M.

Verf. verfolgt mit dem Buche in erster Linie den Zweck, ein populär-psychiatrisches Wissen für die an Erziehungsanstalten tätigen Personen — Seelsorger, Lehrer und Erzieher — zu vermitteln. Doch glaubt er dabei auch die Grundzüge der Hygiene geben zu sollen. Mit dem Buche wird wohl recht viel Gutes gestiftet werden. S.

Klima und Gesundheit. Eine gemeinverständliche Darstellung von Dr. H. Engel. (Der Arzt als Erzieher, Heft 27.) 8° 21 S. München 1907, Verlag der ärztl. Rundschau (Otto Gmelin). Preis 2 M.

In dem Büchelchen will Verf. in erzählender Form, ohne mit Details zu eruieren, vom objektiven Standpunkte aus uns das Tatsächliche und bis jetzt positiv Feststehende über den Zusammenhang zwischen Klima und Gesundheit mitteilen. Verf. der Kurarzt in Helouan (Ägypten) und Nauheim ist, besitzt reichliche Erfahrung über den Einfluss des Klimas auf unsere Gesundheit. Auch der Arzt wird das Werkchen mit grossem Interesse lesen. S.

Chemische und bakteriologische Untersuchungen von Milch und Milchprodukten. Mit zahlreichen Abbildungen. 2. Aufl. Von Dipl.-Ing. Adolf Tietz. Stuttgart 1907, Verlag der illustr. deutsch. milchwirtschaftl. Presse. Preis 2 Mk.

Das Büchlein ist für den Praktiker bestimmt, der ohne streng wissenschaftliche Vorbildung in seinem Berufe chemische und bakteriologische Untersuchungen ausführen muss. Die Anleitungen sind klar gehalten und werden auch dem Arzte, der sich mit Milchuntersuchungen zu beschäftigen hat, gute Dienste erweisen. S.

Beiträge zur Lungenpathologie der Säuglinge. Von Dr. L. Bartenstein und Dr. G. Tada. Mit 5 Abbildungen im Text und 9 Tafeln, gr. 8° II u. 82 S. Wien 1907, Franz Deuticke, Preis 6 Mk.

Gregor hatte bei seinem Tode eine Reihe von Untersuchungen über die Pneumonie der Säuglinge unvollendet zurückgelassen. Bartenstein und Tada haben die Erbschaft Gregors angetreten und durch neue Untersuchungen unter neuen Gesichtspunkten Beiträge zur Ätiologie und Pathogenese der namentlich im Verlaufe von akuten oder chronischen Ernährungsstörungen auftretenden Pneumonie der Säuglinge beizubringen versucht.

Die Untersuchungstechnik Gregors bestand darin, dass er, um postmortale Veränderungen zu vermeiden und die Lungen in situ zu erhalten, in die durch einen möglichst kleinen Bauchschnitt freigelegte Vena cava inferior zirka 1000 Kubikzentimeter 10% Formalinlösung injizierte.

Bei dieser Art der Fixation blieben die Lungen vollständig in

Digitized by Google

situ und zeigten auch bei der Nachhärtung keine Retraktion. Sehr häufig waren an der Oberfläche der Lungen die Eindrücke der Rippen sichtbar; bei Kindern, die Infraktionen der Rippen oder einen rachitischen Rosenkranz hatten, waren entsprechende Eindrücke in so deutlicher Weise zu sehen, wie man es ohne diese Fixation kaum jemals zu sehen Gelegenheit hat. Bei vorhandenen Pleuraergüssen und Empyem behielt die Lunge dieselbe Konfiguration und denselben Kompressionszustand wie im Leben bei, so dass man sich auch nach der Herausnahme der Organe von der Grösse der Flüssigkeitsansammlung und des Kompressionsgrades des Lungengewebes eine genaue Vorstellung machen konnte. — In den nächsten Abschnitten befassen sich die Autoren mit der Entwicklung der Lungen, der Lungenform und den Grössenverhältnissen der Lungen. Der Thorax und die Atmung des Säuglings, die Pneumonie der Säuglinge, die sekundären Veränderungen und Befunde bei der paravertebral-hypostatischen Pneumonie werden ausführlich behandelt.

Sokal (Lysiec.)

Unterricht im Freien. Von Dr. Liebe. Erlangen 1907. Verlag von Theodor Krische. Preis 0,70 Mk.

Die kleine Schrift stellt einen Vortrag dar, den Verf. beim dritten deutschen Erziehungstage in Weimar gehalten hat. Mit heiligem Eifer tritt er, soweit es angängig ist, für den Freiluftunterricht ein, er fordert ihn namentlich für Fächer, wie Naturkunde, Erdkunde, Zeichnen, Sprachkunde, und Mathematik. Dass ein solcher Unterricht vieles für sich hat, hat sich bereits in den an manchen Orten errichteten Waldschulen gezeigt, in denen man schwächliche Kinder unterbringt, die den Anstrengungen der gewöhnlichen Schule nicht gewachsen sind.

Für eine Übertreibung müssen wir es halten, wenn Verf. behauptet, dass unsere jetzige Schule die Sinne abstumpft und die Erfolge der langjährigen Schulbehandlung traurig sind. Und für seine Behauptung, dass es mit einem Schlage anders wird, wenn der Unterricht ins Freie verlegt wird, dass wir dann ganz andere, bessere, schönere, gesündere, freiere Menschen bekommen, dafür muss der Beweis erst erbracht werden. Schnell (Egeln).

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Plasmon als Hilfsmittel beim Stillen. Von C. Quaglio.

Verf. glaubt in mehreren Fällen sich von der Nützlichkeit des Plasmon bei stillenden Frauen überzeugt zu haben. Er hält das Plasmon jedoch nicht für einen galaktogenen Körper in dem Sinn, dass er das sezernierende Epithel anregt, wohl aber soll es für die

Digitized by Google

ärmeren Volksklassen mit ihrer unzureichenden Ernährung und oft schwächlichem Gesundheitszustand vermöge seines Reichtums an stickstoffhaltigen Bestandteilen, seiner Assimilationsfähigkeit, der vollständigen Toleranz seitens der Verdauungsorgane und schliesslich seiner Billigkeit sich dem Praktiker empfehlen. Nicht nur die Quantität, sondern auch die Qualität der Milch soll durch das Plasmon gewinnen, letztere durch Vermehrung ihres Fettgehaltes.

(La Pediatria 1906.) H. Netter (Pforzheim).

Über induzierte Krankheiten (Imitationskrankheiten). Von J. Schoedel.

Ein Schulmädchen hatte von einer Zitterkrankheit der Schulkinder in einer benachbarten Stadt gehört. Kurz nachher begann es selbst beim Schreiben zu zittern. Als zweite Schülerin erkrankte eine hinter ihr Sitzende, welche der ersten in das Heft blicken konnte, und allmählich zitterten von 35 Schülerinnen 21, und jede nur beim Schreiben, nicht aber beim Handarbeiten und Turnen. Verf. verfügte als Schularzt nicht, wie dies bei solchen nervösen Schulepidemien häufig geschieht, die Sperrung der Klasse, sondern er nahm kräftige faradische Behandluug vor und konnte auf diese Weise die Epidemie in sehr kurzer Zeit zum Verschwinden bringen.

(Jahrb. f. Kdhlk. Bd. 64, 1906.) H. Netter (Pforzheim).

Über Renoformpulver. Von Berent.

Verf. empfiehlt Renoform wegen seiner prompten Wirkung, Ungiftigkeit und Billigkeit als populäres Schnupfenmittel, auch bei postoperativen Nasenblutungen, bei Eingriffen an Pharynx und Larynx, bei chronischen Nebenhöhlenentzündungen und starker Borkenbildung in der Nase. Bei endolaryngealen Schwellungszuständen hat sich das Renoformpulver infolge seiner anämisierenden Wirkung gut bewährt.

(Therap. d. Gegenw. 1906.) H. Netter (Pforzheim.)

Spontanheilung eines Empyems beim Kinde. Von A. Cavazzani.

Das Empyem kam bei dem $3^1/_2$ jährigen Kinde durch Resorption zu spontaner Heilung, nachdem die auf Grund des bakteriologischen Befundes — Streptokokken — vorgeschlagene Thorakotomie von den Eltern verweigert worden war. 2 Monate später war völlige Heilung ohne Durchbruch des Empyems eingetreten und der Husten war nach wie vor trocken geblieben. Das hier mitgeteilte Vorkommnis gehört jedenfalls zu den Seltenheiten.

(La Pediatria 1906.) H. Netter (Pforzheim).

Über die Behandlung der Nabelhernien mit Paraffininjektionen. Von Felice Lanzarini.

Die von Escherich inaugurierte, von Hagenbach-Burckhardt, Hutzler, Rocchi angewandte Behandlungsart der Nabelhernien hat Verf. auf Veranlassung von Vitale Tedeschi an der pädiatrischen Klinik in Padua einer Nachprüfung unterzogen, dabei auch den instrumentellen Apparat modifi-

Digitized by Google

ziert, eine besonders gebogene Spritze, eine kleine Vorrichtung zum Festhalten des Bruchsackes etc. Das von Escherich verwendete Paraffin auf den Schmelzpunkt von 39° ersetzt Verf. durch ein solches von 42° bei kleinen und von 48° bei grösseren Kindern. Die Injektionen müssen langsam erfolgen. Vorherige Sterilisierung der Spritze ist nicht nötig. Verf. will ausgezeichnete Resultate bei kleinen und mittleren Hernien auf diese Weise erhalten haben.

(La Pediatria 1906.) H. Netter (Pforzheim).

Bei Melaena neonatorum hält Neu für das zuverlässigste Mittel, die Blutung zu stillen, die subkutane Gelatine-Jnjektion (10—20 ccm 10 prozentiger Gelatina sterilisata.)

(Deutsche med. W. 1907 Nr. 1.) Schnell (Egeln).

Auf der Universitäts-Frauenklinik in Erlangen wird die Prophylaxe der Mastitis nach Zacharias in folgender Weise durchgeführt: Jeden 2. Tag werden die Brüste der Schwangeren mit kaltem Wasser gewaschen, darauf der Warzenhof und die Warze mit 10 Proz. Tanninalkohol bepinselt. Nach der Entbindung werden die Brüste vollständig desinfiziert mit Wasser, Seife und Alkohol und dann mit einem weichen Tuche bedeckt, welches durch ein um den Hals gezogenes Band festgehalten wird. Vor dem Anlegen wird der Mund des Kindes und die Brustwarze mit Wasser gereinigt. Nach dem Trinken wird die Brustwarze wieder mit Wasser und mit Alkohol gewaschen.

(Münch. med. W. 1907 Nr. 15.) Schnell (Egeln).

Kleine Mitteilungen.

Die deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde wird in diesem Jahre v. 15. bis 21. September gelegentlich der Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte in Dresden tagen. Als Referatthema werden die Referenten Trumpp (München) und Salge (Göttingen) behandeln: Milchküchen und Säuglingsfürsorgestellen im Dienste der Säuglingsfürsorge.

Ausserdem ist noch eine grosse Anzahl von Vorträgen über aktuelle Fragen aus dem Gebiete der Pädiatrie angemeldet, so z. B. über Säuglingstuberkulose (Hohlfeld, Krämer, Uffenheimer u. Moro, Zappert), Säuglingsernährung (Brüning, Heimann, Moll, Moro, Pfaundler, Siegert).

Verlag von Benno Konegen, Leipzig — Druck von Julius Beltz, Hoflieferant, Langensalza.

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Sanitätsrat Dr. Sonnenberger in Worms.

erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

XVIII. Jahrg. **Oktober 1907.** **No. 10. (214.)**

Inhalt: Originalien: **Sonnenberger,** Über Ferienkolonien und Erholungsheime für kränkliche und schwächliche Schulkinder. 217. — **Kühner,** Artfremde Milch. 232. — Referate: **Cahen-Brach,** Gemeinsame Tagung der Vereinigungen niederrheinisch-westfälischer und südwestdeutscher Kinderärzte in Wiesbaden, 14. April 1907. Rosenhaupt, Pylorospasmus congenitus. 225. — Weygandt, Psychisch abnorme Kinder. 225. — Aschaffenburg, Über Epilepsie. 227. — Engel, Körperlicher Zustand von Proletarierkinder. 227. — Herxheimer, Anatomie der kongenitalen Lues. 228. — Maas, Rumination beim Säugling. 229. — Lugenbühl, Myatonia congenita. 229. Angeborene Hydronephrose. 230. — Sonnenberger, Pädiatrie als Spezialität. 230. — Hoffa, Säuglingsheim zu Barmen. 230. — Hirsch, Wiesbadener städtische Säuglingsmilchanstalt. 230. — **Flügge,** Epidemische Genickstarre. 231. — **Froehlich,** Basedow'sche Krankheit. 232. — **Berkholz,** Pylorusstenose der Säuglinge. 233. — **Meyer,** Pepsin-Salzsäure als Stomachikum beim Säugling. 234. — **Nothmann,** Thiocol als Antidiarrhoikum. 226. — Gesundheitspflege: **Eulenburg,** Sexuelle Diätetik und Erziehung. 237. — Rezensionen: **William u. Clara Stern,** Psychologische und sprachtheoretische Untersuchung der Kinder-Sprache. 234. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 240.

Nachdruck mit genauer Quellenangabe gestattet. — Separatabdrücke verboten.

Über Ferienkolonien und Erholungsheime für kränkliche und schwächliche Schulkinder

als Hauptmittel zur dauernden Kräftigung der kindlichen Gesundheit.*)

Von Sanitätsrat Dr. Sonnenberger (Worms).

Eines der Fundamente des modernen Kulturstaats ist die Schulpflicht, der Schulzwang. Der moderne Staat muss von seinen Bürgern um ihrer selbst und um des Staates willen die Schulbildung verlangen; dieser hat auch das Recht und die Pflicht, die Eltern dazu anzuhalten, ihren Kindern diese Schulbildung zu ermöglichen. Obgleich, wie dies Krollick in: „Enzyklopädisches Handbuch der Schulhygiene" von Wehmer ausführt, die Forderung der Schulbildung für den Staatsbürger eine sehr alte ist und schon seit der solonischen Verfassung besteht, so ist der Gedanke, die Eltern zu nötigen, ihre Kinder dem erziehenden

*) Auszug aus einer grösseren Broschüre des Verfassers.

Digitized by Google

Unterricht der Schule — und dies zwar eine bestimmte Reihe von Jahren — zu überliefern, neu, ja, die Durchführung dieses Gedankens reicht im allgemeinen nicht viel mehr als hundert Jahre zurück. Obschon Luther die Obrigkeiten aufgefordert hatte, die Eltern zu zwingen, ihre Kinder in die Schule zu schicken, kam man doch erst viel später zu gesetzlichen Bestimmungen. Die ältesten, die wirklich durchgeführt wurden, und nicht bloss auf dem Papier standen, datieren aus dem Anfang des vorigen Jahrhunderts. Von da ab ist der Schulzwang für eine bestimmte Reihe von Lebensjahren gewissermassen das Rückgrat für den modernen Kulturstaat geworden, und der intellektuelle, kulturelle und ethische Nutzen, den diese Institution sowohl dem Einzelindividuum als auch der Gesamtheit der Nationen, welche die Schulpflicht haben, bringt, ist ein so eminenter, dass man dieselbe als eine der grössten Errungenschaften der Neuzeit bezeichnen darf. Demgegenüber muss aber mit dem grössten Nachdruck betont werden, dass der Schulzwang auf die körperliche Entwickelung unserer Kinder eine ausserordentlich verhängnisvolle Einwirkung ausübt. Man muss sich darüber klar sein, dass von dem Zeitpunkte an, von dem ein Staat den obligatorischen Schulbesuch einführt, er einerseits das geistige und sittliche Niveau seiner Angehörigen unendlich hebt, andrerseits aber ein Moment gegeben wird, wodurch das gesundheitliche Befinden unserer Schuljugend oft in der nachteiligsten Weise beeinflusst wird. Man hat ja geradezu von „Schulkrankheiten" gesprochen, worunter man allerdings nicht spezifische Krankheiten, die durch die Schule erzeugt werden — also gewissermassen Berufskrankheiten — zu verstehen hat. Es gibt keine bestimmt ausgesprochene Krankheit, die nur im Schulbesuch ihre Entstehung hat. Die sog. Schulkrankheiten entwickeln sich meist unter Mitwirkung einer angeborenen Krankheitsanlage, bezw. einer individuellen Körperkonstitution. Allerdings fügt dann die Schule eine Reihe von unvermeidlichen Schädlichkeiten zu, durch welche jene Veranlagten bezüglich ihrer Gesundheit in hohem Masse notleiden: hierher gehört vor allem die Gefahr, welche das Zusammensein vieler Menschen in demselben Raume in sich schliesst, die Luft wird durch Hitze, Ausdünstungen, Beimengung von Staub verdorben, ferner kann das längerdauernde Verhalten in derselben Körperhaltung, die Überanstrengung der Augen beim Lesen und Schreiben, sowie die Überanstrengung der geistigen Fähigkeiten nachteilig werden.

Auch das Schulhaus durch unzweckmässige Bauart z. B. an den Fenstern und dadurch bewirkte zu geringe Helligkeit der Zimmer und der Schulweg durch Gelegenheit zu Erkältungen, ferner das ungeschickte Tragen der Bücher und anderes, das dem von mir zu behandelnden Gegenstande ferner liegt — wie die Gelegenheit zur Übertragung von ansteckenden Krankheiten, Unglücksfälle beim Turn-, Kochunterricht u. a. m. — können Schädlichkeiten mit sich bringen.

Da es in vielen Dingen die Schule selbst ist, welche die Veranlassung bietet zu Erkrankungen und Gesundheitsschädigungen der Kinder, so erscheint sie bei dem bestehenden Schulzwang in diesen Fällen zur Abhilfe verpflichtet. Mit Recht sagt aber weiter der

Digitized by Google

Offenbacher Schularzt Dr. Grein in seinem Bericht über schulärztliche Tätigkeit:

„Andererseits aber sind es ausserhalb der Wirkungskreises der Schule liegende Faktoren, welche die Gesundheit ungünstig beeinflussen, jedoch auch diese lassen sich in ihr und durch sie mit Erfolg bekämpfen. Aber ich meine, die Frage, ob die Schädigungen der Schule zur Last zu legen seien, oder nicht, habe nur eine untergeordnete Bedeutung. Sehen wir, dass wir imstande sind, durch die Fernhaltung wirklichen und die Bekämpfung vorhandener Schädlichkeiten unsere Jugend kräftigen zu können und für den schweren Kampf ums Dasein geeigneter zu machen, so ist es unsere Pflicht, mit allen uns zu Gebote stehenden Mitteln einzugreifen und zu helfen. In diesem Lichte betrachtet, bietet sich ein weites Feld für die schulärztliche Tätigkeit. Die Erfolge derselben werden nicht sofort in die Augen springen, sie werden langsam sein, aber stet. Nicht nur dem einzelnen Kind werden sie zugute kommen, sondern in ihrer Gesamtheit der Stadt selbst. Denn der körperlich Schwache und Kränkliche ist meist auch der wirtschaftlich Schwächere und fällt in zahlreichen Fällen früher oder später der Kommune zur Last. Kräftigt diese aber bereits in der Schule diejenigen Individuen, die untauglich zu werden drohen, so wird sie mit jedem Einzelnen, den sie fürs Leben brauchbar macht, nur sich selbst fördern und nützen."

Der Gedanke, dass die wirtschaftlich Stärkeren die Verpflichtung haben, den wirtschaftlich Schwachen bei unverschuldeten Notlagen, wie Krankheit, Unfällen, Invalidität hilfreich beizustehen, durchzieht die soziale Gesetzgebung des deutschen Reiches, in der wir trotz der ihr noch anhaftenden Mängel eine der grössten Ruhmestaten Kaiser Wilhelm I. und seines Kanzlers Bismarck zu erblicken haben, wie ein roter Faden. Der Staat, die Kommunen sorgen mit peinlichster Gewissenhaftigkeit dafür, dass der Segen der sozialen Gesetzgebung ein immer grösserer werde und immer weitere Kreise derselben teilhaftig werden.

Steht so das Deutsche Reich in seiner Fürsorgegesetzgebung für die Erwachsenen unter allen Kulturnationen an der Spitze, so kann man dies bezüglich der Fürsorge für die Kinder leider nicht behaupten. Die in vielen Gegenden Deutschlands sehr hohe Ziffern aufweisende Säuglingssterblichkeit sowie die Berichte der Schulärzte, in denen der mangelhafte Gesundheitszustand eines grossen Teiles unserer Schuljugend ziffernmässig belegt wird, sind nur zwei Faktoren, auf die ich hier hinweisen möchte. Beide, sowohl die hohe Säuglingssterblichkeit als auch der mangelhafte Gesundheitszustand, der vielerorts bei unserer Schuljugend herrscht, können durch geeignete Mittel bedeutend eingeschränkt werden.

Seitdem die Erkenntnis von der Notwendigkeit, dass die hygienische Kontrolle der Schuleinrichtungen und der Schüler besonderen technischen Fachleuten, den Schulärzten, anzuvertrauen ist, sich in Deutschland Bahn gebrochen hat und diese Institution zum Segen der Schule und der Schüler sich allmählich in den deutschen Städten und selbst hie und da schon auf dem Lande einzuführen beginnt, haben wir genaue statistische Erhebungen über den Gesundheitszustand unserer Schuljugend. Auf

Digitized by Google

Grund einer Reihe mir vorliegender schulärztlicher Berichte und meiner eigenen Erfahrungen und Aufzeichnungen — dieselben erstrecken sich auf mehrere Dezennien — komme ich zu dem Schlusse, dass bei einer grossen Anzahl der Schüler und Schülerinnen unserer Volksschulen — um diese vor allem handelt es sich ja bei unseren Erörterungen — ungünstige Gesundheitsverhältnisse vorliegen. Ich bemerke dabei, dass es nicht angeht, von einer Degeneration unseres heutigen Geschlechts, insbesondere unserer heutigen Jugend zu reden, wie das vielfach heutzutage geschieht. Wir haben hier mit Verhältnissen zu rechnen, wie sie wohl auch schon früher bestanden haben. Wir haben aber erst in neuerer Zeit begriffen, dass es Pflicht der Staaten und Kommunen ist, dieselben statistisch festzulegen, diesen Verhältnissen unsere volle Aufmerksamkeit zuzuwenden; dadurch gelangt man aber leicht zu dem Trugschlusse, dass es mit dem Gesundheitszustand unserer jetzigen Generation bergab geht.

Zuzugeben ist andererseits, dass sich eine Anzahl von Faktoren gerade in unserer Zeit geltend macht, die dazu angetan sind, den Gesundheitszustand unserer Kinder ungünstig zu beeinflussen: die vielfach herrschenden ungünstigen Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse, die immer mehr überhandnehmende künstliche Ernährung — und diese oft mit recht ungeeigneten Nährmitteln — der Säuglinge an Stelle der Muttermilch, der Alkoholismus, die Syphilis, die Skrofulose u. a. m.

Aus den vorstehenden Darlegungen dürfen wir den Schluss ziehen, dass in der Kinderstube und in der Schule vielfach die Wurzeln des ungünstigen Gesundheitszustandes, der bei vielen Schülern und Schülerinnen unserer Volksschulen herrscht und der sich in vielen Fällen dann auch für das spätere Alter geltend macht, zu suchen sind. In der Kindheit kann aber hier oft noch radikal durch geeignete Massnahmen geholfen werden, während im Alter nach der Kindheit oft trotz der grössten Mühe und Kosten nicht viel mehr erreicht werden kann; ein Autor drückt sich in dieser Hinsicht etwas drastisch, aber sehr wahr aus: „Im späteren Alter — nach der Kindheit — kann oft nur teure und unlohnende Flickarbeit geleistet werden."

Die Schule der Neuzeit hätte also, neben der ihr seither schon zugedachten Aufgabe der Hebung des Wissens, Könnens und der Moral unserer Schuljugend, die ihr in den letzten Jahrzehnten auferlegte Verpflichtung der Organisation der Kindergesundung (für das Alter von 6 bis zu 14 Jahren) zu übernehmen. Ich meine, die Kommunen, die Kreis-, Provinzial- und staattlichen Behörden sollten dies voll und ganz anerkennen. Es gibt keine wichtigere und — trotz der oft verhältnismässig hohen Kosten — keine lohnendere sanitäre Aufgabe, als durch geeignete Massregeln auf dem Gebiete der Jugendfürsorge eine durchgreifende Jugendgesundung herbeizuführen. Vielfach ist dies auch von den massgebenden Faktoren schon anerkannt worden. Die Einführung der Schulärzte, die vielfach erstehenden, den Anforderungen der Schulhygiene entsprechenden Schulbauten, die Wertschätzung des Turnunterrichts, der Schulspiele und -wanderungen und ähnlicher Einrichtungen beweisen, dass es die Staaten und Kommunen der Gegenwart sich angelegen sein aissen, Geist und Körper der ihnen während der Schulzeit anvertrauten Kinder möglichst harmonisch heraus- und heranzubilden, eingedenk des

Digitized by Google

trotz mancher Ausnahmen ewig wahren Juvenal'schen Spruches: „Mens sana in corpore sano."

Unter den Gesundheitsstörungen der Schüler interessieren uns für unsere Darlegungen hauptsächlich die „Schulkrankheiten im engeren Sinne". Zu ihnen gehören die Leiden der Wirbelsäule (vor allem schlechte Haltung und Verkrümmungen), diejenigen der Augen, Ohren, der Nase und des Rachens — diese Gruppe gehört meist in das Gebiet spezialärztlicher Behandlung und kann hier durch die Schule in Verbindung mit dem Spezialarzt oft grosser Segen für die betroffenen Kinder gestiftet werden; vor allem gehört aber zu den Schulkrankheiten die grosse Gruppe der sog. „schwächlichen und kränklichen Kinder" und solcher, die an „Skrofulose" leiden. (Von den Kindern, die an wirklicher Tuberkulose leiden, sehe ich hier ganz ab, dieselben gehören, so hart dies auch klingen mag, überhaupt nicht in die Schule, sie bilden trotz der strengsten hygienischen Vorsichtsmassregeln eine stete Ansteckungsgefahr für Lehrer und Schüler!)

Die schwächlichen, kränklichen und skrofulösen Kinder bilden in allen schulärztlichen Berichten eine ständige Rubrik mit hohen Ziffern. Nach meinen eigenen Erfahrungen und nach eingehenden Erhebungen in dieser Richtung dürfen wir annehmen, dass ca. 8 bis 10 Prozent aller Schulkinder unter diese Kategorie fallen. Die Bedeutung der „Schwächlichkeit, der Kränklichkeit (und der Skrofulose)" für das Kindesalter wird im gewöhnlichen Leben oft unterschätzt und meist wendet man nur in den besser situierten Kreisen derartigen Zuständen besondere Aufmerksamkeit zu. Derartige Kinder kommen meist schon als zarte, bleichsüchtige, gegen äussere schädliche Einflüsse sehr widerstandslose, nervöse, appetitlose, oft mit Drüsenschwellungen behaftete Geschöpfe zur Schule, stammen oft aus kranken Familien, die dazu noch in schlechten Ernährungs- und Wohnungsverhältnissen sich befinden. Kommen dazu die schädlichen Einflüsse der Schule, so werden derartige Zustände noch verschlimmert. Sehr oft auch verlieren sonst gesunde Kinder vom Anfang des Schulbesuchs ihre blühende Gesichtsfarbe, sie klagen über Appetitlosigkeit und allgemeine Unlust und nur in geringeren Graden ordnet sich dieser Zustand der allmählichen Angewöhnung an den Aufenthalt in der Schule unter. Derartige Schüler und Schülerinnen, von denen sich fast regelmässig einige in jeder Schulklasse befinden, sind — selbst wenn sie, wie dies oft genug vorkommt, auch geistig ganz gut beanlagt sind — meist für den Lehrer eine wahre Pein; jeder weiss von derartigen bedauernswerten Kindern zu erzählen und wie dieselben den normalen Unterrichtsgang schädlich beeinflussen. Derartige, in der Jugend vernachlässigte Zustände steigern sich meist in dem Entwicklungsalter, und wenn es dann gilt, den Kampf ums Dasein aufzunehmen, erwerbstüchtige Mitglieder der Gesellschaft zu werden, sich dem Vaterlande als waffenfähige Männer zur Verfügung zu stellen und — beim weiblichen Geschlecht — tüchtige Gattinnen und Mütter zu werden, so versagen derartige Individuen nach allen Richtungen, sie werden oft sich, ihrer Familie, ihrer Kommune und dem Staat zur Last. Auch entwickelt sich auf dem Boden hochgradiger Bleichsucht und aus Skrofulose nicht gerade selten die Tuberkulose. In dem Kampf gegen letztere zeigt sich in den letzten Jahren mit Recht das Bestreben, diesen immer

Digitized by Google

mehr in die Kindheit zu verlegen. Ich will unter den vielen ärztlichen Urteilen, welche für die hohe Bedeutung der Ferienkolonien und verwandten Bestrebungen hinsichtlich der Bekämpfung der Tuberkulose neuerdings verlautet sind, einige hier dem Wortlaut nach wiedergeben. In der Broschüre „Die Tuberkulose und die Schule" (Berlin, Richard Schötz, 1906*) schreibt Geh. Ober-Medizinalrat Prof. Dr. Martin Kirchner in Berlin: „Als wertvolle Waffe gegen die Tuberkulose im schulpflichtigen Alter zu nennen sind die Ferienkolonien, die von wohltätigen Vereinen an der See, auf dem Lande oder im Gebirge unterhalten werden. Leider können diese Vereine ihre segensreichen Bestrebungen bei weitem nicht in dem Umfange durchführen, als bei der grossen Anzahl schwächlicher Kinder namentlich in den Grossstädten erwünscht wäre. Es wäre sehr zu begrüssen, wenn sich die öffentliche Wohltätigkeit mehr als bisher in den Dienst der guten Sache stellte." — (Schluss folgt.)

Artfremde Milch.

Zugleich neue Argumente für die Notwendigkeit der Ernährung der Säuglinge an der Mutterbrust.

Von Dr. A. Kühner (Coburg).

Als artfremde Milch hat Hamburger und später Pfaundler**) eine Bezeichnung eingeführt, welche nicht, wie naturgemäss, die Ernährung neugeborener Tiere durch die Milch der gleichen Art voraussetzt, sondern durch die Milch fremder Art. Eine gesunde Mutter, die, den besseren Ständen angehörig, ihr ausgetragenes und gesund geborenes Kind nicht stillen kann, bezw. — was wohl die Regel ist — sich einreden lässt, sie sei körperlich nicht stillfähig, entschliesst sich zur künstlichen Ernährung. Nehmen wir an, es gelinge ihr, eine vollkommen einwandfreie Kuhmilch zu beschaffen, welcher Beschaffung auch sachgemässer Rat betreffs Nahrungsmenge, Nahrungspausen, Milchverdünnung, Zusatzflüssigkeit und alle anderen einschlägigen Details zu Gebote stehen. Wir setzen ferner voraus, dass dem Kinde jene verständige und sorgsame, allerdings einen ziemlichen Aufwand erfordernde

*) Als interessanter statistischer Nachweis geht aus der Broschüre hervor, dass in dem Zeitraum von 1876 bis 1903 die Sterblichkeit an Tuberkulose in Preussen von der Mitte der 20er Lebensjahre ab sehr abgenommen, dass sie hingegen in jenem Zeitraume für das vorhergehende, namentlich aber für das Schulalter, stark zugenommen hat.

**) Münchener med. Wochenschrift Nr. 1, 1907.

Digitized by Google

Pflege zuteil werde, die heutzutage in den intelligenten und gleichzeitig vermögenden Kreisen meist angetroffen wird. Was ist unter solchen Umständen in Bezug auf den Ernährungserfolg zu erwarten?

Eine grosse Zahl, glücklicherweise die Mehrzahl der Kinder, gedeiht in befriedigender Weise; bei anderen ist dies unter gleichen äusseren Umständen nicht der Fall — was schon darauf hinweist, dass auch hier individuelle, in der Anlage des Kindes begründete Faktoren wesentlich mitspielen. Störungen treten auf, erst nur vorübergehend, später aber wiederkehrend und endlich recht beängstigender Art. Zunächst wird das Kind unruhig; insbesondere leidet der Schlaf nach den Mahlzeiten; das Kind verliert an Teilnahme für die Umgebung und an guter Laune; es lacht nicht mehr. Das Verhalten des Körpergewichts zeigt unregelmässige Schwankungen oder Stillstand, keinenfalls gleichförmige Zunahme und, was noch mehr Bedenken erregen muss, die Weichteile des Körpers verlieren ihre Turgeszenz, ihre Elastizität, die Muskeln ihren natürlichen Tonus; namentlich an den Extremitäten und an den Bauchdecken wird Schlaffheit bemerkbar. Das Gesicht wird blass, der Unterleib mehr oder weniger aufgetrieben. Die Stühle haben eine schmutziggelbe oder graugelbe Farbe angenommen, sind zerfahren, meist bröcklig, trocken, alkalisch und lassen etwas Fäulnisgeruch erkennen. Die Zahl der Stuhlentleerungen ist noch keine vermehrte, die Entleerung selbst scheint erschwert und mit Unlustgefühlen verbunden. Die Untersuchung durch den Arzt stellt nebst allen diesen Zeichen etwa noch Speisebreiverhaltung im Magen und Indikanausscheidung im Harne fest.

Dies ist in markanten Zügen nach Pfaundler das Bild jener unkomplizierten Ernährungsstörung, die früher wohl unter dem Namen „Dyspepsie der Flaschenkinder", die jüngst von Czerny und Keller nach Philippson als „Milchnährschaden" bezeichnet wurde, ein Bild, das dem Praktiker tagtäglich begegnet.

Die Biologie lehrt uns den Grund dieser Erscheinung und zeigt uns, weshalb der neugeborene Mensch minder gut bei Kuhmilchnahrung, sondern auch, weshalb der neugeborene Hund minder gut bei Frauenmilchnahrung, weshalb verschiedene andere neugeborene Tiere minder gut bei Ernährung mit verschiedener anderer Tiermilch gedeihen oder mit einem Wort: Weshalb die Ernährung jugendlicher Säuger mit artfremder Milch minder günstiges leistet, bezw. Schädigungen verursacht. Kuhmilch ist eben Nahrung für Kälber. Und wenn sie ein Kind verträgt, so ist dies meist nur ein Beweis für die grosse Widerstandsfähigkeit des zarten Menschenkindes, das sich auch dieser Unnatur anpassen kann. Versuche an Menschen und Tieren haben nun wertvolle Beweise erbracht für die lebenswichtige Bedeutung der Ernährung jugendlicher Säuger durch die Milch der gleichen Art und die Schädigungen artfremder Milch. Auf Veranlassung von Privatdozent Dr. Max Seiffert in Leipzig nahm Brüning daselbst einen Wurf von drei Zicklein, liess dem schwächsten der Tierchen das Euter der Ziege, gab dem mittelstarken Tierchen gekochte Ziegenmilch und dem stärksten der Jungen gekochte Kuhmilch zur Nahrung. Am besten gedieh das Tierchen am Euter der Mutter. An Gestalt klein und von ruppigem Aussehen blieb das mit gekochter Kuhmilch ernährte. Auch Hunde, Meer-

Digitized by Google

schweinchen und Kaninchen hat man von der Geburt an mit Kuhmilch ernährt. Diese Ernährungsversuche hatten ein durchaus minder günstiges Ergebnis; die unnatürlich, künstlich ernährten Tiere blieben in ihrer Entwicklung gegen die Kontrolltiere zurück und zeigten mancherlei Störungen. Die Zusammensetzung der Milch ist eine für jede Tiergattung verschiedene. Die Milch z. B. des Kaninchens enthält siebenmal so viel Eiweiss wie die des Menschen. Trocknet man beide Milcharten ein und verbrennt sie zur Asche, so erhält man aus Kaninchenmilch zwölfmal so viel Asche, als aus Menschenmilch. Weshalb ist die Kaninchenmilch um so viel eiweiss- und aschenreicher als die Menschenmilch? Weil die Milch desjenigen Tieres am nahrungsreichsten ist, dessen Junges am schnellsten wächst. Das neugeborene Kaninchen hat bereits in sechs Tagen sein doppeltes Gewicht erreicht, während das menschliche Neugeborene zu seiner Gewichtsverdoppelung ca. sechs Monate braucht. Ähnlich verhält es sich mit der Zusammensetzung der Kuhmilch im Vergleich mit der Menschenmilch. Das neugeborene Kalb hat bereits nach anderthalb Monaten sein doppeltes Gewicht erreicht. Deshalb ist die für das Kalb bestimmte Kuhmilch viel nährstoffreicher als die menschliche Milch. Aus allen diesen Gründen ist für jedes Tier, auch für den Menschen, artfremde Milch kein vollkommenes Nährmittel. Diese Tatsache wird bestätigt durch Versuche von M o r o. Derselbe machte zu jenen Versuchen eine Gegenprobe. Er versuchte, ein neugeborenes Tier mit Menschenmilch zu ernähren. Beim Rind, das uns insgemein die Nahrung für Flaschenkinder liefert, ist der Versuch aus technischen Gründen nicht wohl durchzuführen, aber mit Hunden gelingt er. Auf diese Tiere wirkt die beste Frauenmilch höchst nachteilig, geradezu verderblich. Moro sah einen Hund, trotz zureichender Nahrungszufuhr, nach kurzer Zeit in einen äusserst elenden Ernährungszustand geraten. In der Natur und für den Menschen gilt eben überall das G e s e t z d e r A n p a s s u n g. Alles, was lebt, hat sich, weil und so lange es lebt, den Bedingungen anzupassen, unter denen es lebt.

Wird aber eine Art der Milch, beim Menschen insgemein die Kuhmilch, nicht vertragen, so tritt wiederum das Gesetz der Anpassung beziehungsweise Abstossung in Kraft. Der menschliche Körper sucht sich der Schädlichkeit schleunigst zu entledigen. Durch Erbrechen wird der Magen, durch häufige Diarrhoe der Darm entleert. Aber die Mütter missachten das Gesetz der Anpassung. Immer wieder wird dem Kinde die Flasche, die es durstig nimmt, in den Mund geschoben. Tausende von Kindern gehen auf diese Weise zu Grunde. Artfremde Milch kann nicht etwa dadurch, dass man sie verdünnt, unschädlich gemacht werden. Kuhmilch ist, auch im verdünnten Zustand, für Kinder nur ein Notbehelf und kann die Muttermilch nicht vollkommen ersetzen. Der Grund liegt ferner darin, dass die Milch eines jeden Tieres Stoffe enthält, die dieser Tiergattung eigentümlich sind. Die Eigentümlichkeit der menschlichen Milch besteht darin, dass sie S c h u t z k ö r p e r gegen bestimmte Krankheiten enthält, die in der Kuhmilch nur in geringem Masse vorhanden sind. Das Verhalten der a r t f r e m d e n Milch bietet also

Digitized by Google

ein neues bedeutsames Argument für die Notwendigkeit der Ernährung der Säuglinge an der Mutterbrust.

In Schweden ist die künstliche Ernährung der Säuglinge mit Strafe bedroht. Mögen die schönen Resultate, welche man in diesem Lande auf dem Wege des Gesetzes erreicht hat, in Deutschland durch Belehrung und Aufklärung, wie sie der Kinderarzt den Müttern zu erteilen hat, erzielt werden!

Referate.

Gemeinsame Tagung der Vereinigungen niederrheinisch-westfälischer und südwestdeutscher Kinderärzte in Wiesbaden, 14. April 1907. Berichterstatter: Dr. Cahen-Brach in Frankfurt a. M.

Herr Rosenhaupt (Frankfurt a. M.): Pathologie und Therapie des Pylorospasmus congenitus.

Der Pylorospasmus ist ungleich häufiger, als man im allgemeinen annimmt. Die alimentäre Ätiologie muss man unbedingt ablehnen. Der Fettgehalt der Muttermilch ist für seine Entstehung belanglos, wie chemische Untersuchungen und das Anlegen bei anderen Frauen wiederholt gezeigt haben. Daher sind alle Versuche, durch künstliche Nahrung therapeutisch einzuwirken, zu verwerfen, da die Frauenmilch als die am besten resorbierbare Nahrung auch hier absolut die beste ist. Einzig allein die Quantität ist zu beeinflussen.

In der Diskussion, an der sich die Herren Cuno, v. Mettenheimer (Frankfurt a. M.), Bremer (Erfurt), Klein (Freiburg) beteiligten, wurde von mehreren Seiten hervorgehoben, dass auch die natürliche Ernährung im Stiche lassen könne. Herr Rosenhaupt (Schlusswort) betont noch, dass im vierten Monat die Symptome oft von selbst schwinden.

Herr Weygandt (Würzburg): Psychisch abnorme Kinder in der ambulanten Praxis.

Die Angaben der Lehrbücher hinsichtlich der Prognose über psychisch abnorme Kinder sind zu ungünstig, wohl weil die Erfahrungen der Autoren meist an nur stationärem Material gesammelt sind. Heubner berichtete über günstigere Erfahrungen an den 230 Abnormen unter dem grossen Material der Kinder-Poliklinik der Charité. In der Würzburger Poliklinik für psychisch nervöse Krankheiten konnte ich während der $3^1/_2$ Jahre ihres Bestehens 261 kindliche Fälle beobachten. Verhältnis zwischen männlichen und weiblichen wie 3:2. Sechs Fälle betrafen thyreogene Störungen, einer davon infolge einer Strumektomie, einer als sporadisches Myxödem, die anderen als endemischer Kretinismus, auffallend wenig, wenn man bedenkt, dass Franken unter Virchow als Kretinenland galt; jetzt sind die Kretinen hier in der Tat nahe am Aussterben. Sechs Fälle vertraten den mongoloiden Schwachsinn in

Digitized by Google

seinen mannigfachen Abstufungen, einer mit Zwergwuchs von 131 cm bei 25 Jahren. Mehrere Fälle betrafen Hirnerkrankungen, so zwei jugendliche Paralysen, zwei multiple Sklerosen, dann fünf Hirntumoren, zwei Little'sche Lähmungen, siebenmal zerebrale Kinderlähmung, viermal Hydrozephalus. 18 Fälle liessen sich als nicht bildungsfähige Idioten bezeichnen, ohne dass eine speziellere Rubrizierung möglich; bei elf waren neurologische Störungen nachweisbar. Nur sieben waren erethisch, die anderen torpid. 25 Fälle waren imbezill, und zwar in mannigfachen Abstufungen. Die Epilepsie im Kindesalter war 81 mal vertreten, bei 43 Knaben und 38 Mädchen. Psychische Störungen ausserhalb der Anfälle waren nur in 42 Fällen zu finden. Hysterie fand sich 28 mal, vielfach monosymptomatisch; zweimal war Pseudologia phantastica ausgesprochen. 33 Fälle liessen sich als Neurasthenie auffassen, doch war in wenig ausgesprochenen Fällen die Diagnose gelegentlich unsicher. Von den 33 Choreafällen waren 17 deutlich psychisch alteriert. Als manisch-depressiv liessen sich zwei Fälle bezeichnen. Dementia praecox bis zum Pubertätsalter zeigten elf Fälle, einer davon war schon vorher imbezill. Über die Prognose lässt sich im allgemeinen nur schwer etwas aussagen. Bei Kretinen ist sie unter Behandlung nicht mehr ungünstig, bei Epileptikern wenigstens günstiger, als gewöhnlich angenommen wird, bei Chorea gut, bei Hysterie im ganzen günstig, bei Neurasthenie häufig weniger günstig. Heubners Auffassung, dass die Hälfte der Fälle eine relative Heilung zulasse, erscheint immerhin etwas optimistisch. Nicht leicht ist die Frage nach der zweckmässigsten Behandlung und Fürsorge. Ambulante Behandlung reicht oft nicht aus. Die Idiotenanstalten sind auch nicht hinreichend, vor allem sind ihre Verhältnisse vielfach noch unbefriedigend. Von den 108 Anstalten dieser Art steht die Hälfte unter geistlichem Einfluss. Nur wenige erfüllen die unerlässliche Forderung: Verarztlichung und Verstaatlichung. Für leicht Imbezille, die später einmal lebensselbständig werden können, ist die Hilfsschule in glänzendem Aufschwunge begriffen; am besten wäre ihre Verbindung mit Tagesinternat. Daneben sind Spezialklassen in Grossstädten angebracht, so die Sickingerschen Förderklassen. Für ganz leicht Zurückgebliebene dienen Stotterklassen, Krüppelklassen, Klassen für Schwerhörige und Schwachsichtige. Für bedenklich halte ich es, für epileptische Kinder besondere Schulen zu errichten. Hier ist die Individualisierung nötiger. Blöde Epileptiker gehören in die Idiotenanstalt, sittlich verwahrloste in die Fürsorgeerziehung, schwere Krampffälle in Bettbehandlung, leicht gestörte in Hilfsschulen. Kinder mit seltenen Anfällen können die Normalschule besuchen unter Fühlung mit dem Arzt und Orientierung des Lehrers. Choreatische Kinder können ganz wohl zu Hause behandelt werden, selbstverständlich unter Bettbehandlung. Bei Hysterischen ist durch Milieuwechsel die flotteste Besserung zu erzielen. Für neurasthenische Kinder wäre das Ideal die Erziehung im Landerziehungsheim nach dem System Lietz, ferner die Verschickung in Ferienkolonien und ähnliche Institutionen. Irrenanstalten, besonders Stadtasyle, sollten nach Frankfurter Vorbild eine Abteilung für psychisch kranke Kinder einrichten. Schwierig ist es, einzelne Fälle in ärztliche Pension zu bringen. Trefflich bewährt hat sich jedoch für abnorme, besonders schwachsinnige Kinder, die Familienpflege, wie sie besonders erfolgreich zu Gardelegen im Anschlusse an die Irren-

Digitized by Google

anstalt Uchtspringe organisiert ist. Der einzelne Arzt, besonders der Hausarzt, hat in vielen Fällen vor allem zu wirken, indem er die Unterbringung in die Wege leitet. Daneben kann er vorgehen durch Kurverordnung, auch medikamentös, durch Diät, durch Alkoholverbot, allenfalls durch Hypnose. Besonders wichtig aber ist seine Belehrung für die Eltern und Lehrer; ungemein häufig werden Kinder bei beginnenden Störungen, besonders Chorea, erst durch die Lehrer gestraft wegen vermeintlichen Ungehorsams. Entschieden existiert noch ein grosser Mangel an Behandlungsgelegenheit auf diesem Gebiete. Durch Zusammenwirken von Pädiater und Psychiater muss eine Besserung erstrebt werden.

Herr Aschaffenburg (Köln): Über Epilepsie und epilepsoide Zustände im Kindesalter.

Vortragender erörtert in kurzen Zügen den Begriff der Spasmophilie und weist darauf hin, was Birk an dem Thiemich-Mannschen Material der Breslauer Kinderklinik gefunden hat, nämlich, dass die weitere Entwicklung der spasmophilen Kinder zum Teil sehr ungünstig verläuft. Birk fand, dass keines der Kinder epileptisch wurde. Das gibt dem Vortragenden den Anlass, den Begriff der Epilepsie in dem erweiterten Sinne, wie ihn die Irrenärzte jetzt vertreten, darzulegen. Er weist insbesondere auf die Bedeutung der unbegründeten Stimmungsschwankungen hin. Diese bei Epileptischen überaus häufige Erscheinung tritt bald in Form von erhöhter Reizbarkeit, bald als Verstimmung auf und zeigt durch die begleitenden körperlichen Erscheinungen, wie tief das ganze Nervensystem in Mitleidenschaft gezogen ist. Solche epileptischen Äquivalente, die wir recht oft auch bei Kindern schon sehen, bevor Krampfanfälle auftreten, müssen mit berücksichtigt werden, wenn die Frage beantwortet werden soll, ob wirklich die Spasmophilie nichts mit der Epilepsie zu tun hat. Vortragender ist der Ansicht, dass die Entscheidung nur möglich ist, wenn die Nerven- und Kinderärzte gemeinsam zusammenarbeiten, wozu er durch seinen Vortrag anregen wollte.

Diskussion: Selter (Solingen), Sonnenberger (Worms), Schlossmann (Düsseldorf), Neter (Mannheim), Cahen-Brach, Rosenhaupt (Frankfurt a. M.), Lugenbühl (Wiesbaden) Klein (Freiburg). Vielfach wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, die Erziehung neuropathischer Kinder nicht vollständig den Lehrern und Geistlichen zu überlassen, sondern den Psychiatern und praktischen Ärzten eine Mitwirkung zu sichern. Freilich bedürften die letzteren dabei einer pädagogischen Schulung. Bezüglich der Unterbringung psychasthenischer Kinder tut man oft gut daran, solche in Familien, etwa bei Hilfsschullehrern erziehen zu lassen, da die Anstalten in gewissen Fällen ungeeignet erscheinen. Einem dringenden Bedürfnis entsprechen die Beobachtungsstationen für Kinder, wie sie von Sioli (Frankfurt a. M.) ins Leben gerufen wurden, zumal, wenn es sich um Einleitung des Fürsorgeerziehungverfahrens handelt. Ein grosser Mangel des letzteren besteht darin, dass die ihm unterworfenen Kinder nicht wie gefährdete, sondern wie verbrecherisch veranlagte Individuen behandelt werden.

Herr Engel (Düsseldorf): Der körperliche Zustand von Proletarierschulkindern.

Der Vortragende hat 242 schulpflichtige Insassen des Düsseldorfer Städtischen Pflegehauses hinsichtlich ihres körperlichen Zustandes genau

Digitized by Google

untersucht. Das vorliegende Material weicht von dem Typus des normalen Schulkindes wesentlich ab, insofern, als es den tiefsten Schichten des grossstädtischen Proletariats entstammt. Es handelt sich teils um Waisen, teils um solche Kinder, welche von ihren Eltern verlassen wurden, teils um die Abkömmlinge solcher Eltern, welchen das Erziehungsrecht entzogen wurde. In etwa 180 Fällen liess sich feststellen, dass Vater oder Mutter oder auch beide dem Trunk ergeben waren, vagabondierten, gewerbsmässige Unzucht trieben oder sich in einer Straf- oder Irrenanstalt befanden. Immerhin waren die Kinder trotz dieser schweren hereditären Einflüsse imstande, eine normale Volksschule zu besuchen. Charakteristisch an dem körperlichen Zustande war, dass die mannigfachsten Merkmale körperlicher Minderwertigkeit und der Vernachlässigung sichtbar waren. Fast alle hatten rachitische Knochenveränderungen, multiple Drüsenschwellungen; ein grosser Prozentsatz hatte mehr oder minder ausgesprochene Anzeichen von Tuberkulose. Besonders kennzeichnend für den vorliegenden Kindertypus war aber, dass der konstitutionelle Gesamteindruck bei Knaben und Mädchen durchaus verschieden war, und zwar zu Ungunsten der ersteren. Die Knaben waren fast durchweg in einem elenden Ernährungszustand mit missfarbener, schlaffer, trockener Haut, während der überwiegende Teil der Mädchen befriedigend ernährt war und eine frische, elastische Hautbedeckung aufwies. Auch bei längerer Anstaltspflege war das Befinden der Knaben nur schwer im günstigen Sinne zu beeinflussen. Die Ursachen dieses verschiedenartigen Verhaltens bei Knaben und Mädchen sind nicht ohne weiteres klar.

Diskussion: Herr Selter (Solingen) erwähnt, dass die in einer eigenen Abteilung untergebrachten Fürsorgezöglinge in Solingen ebenfalls lange im Gewicht zurückblieben.

Herr G. Herxheimer (Wiesbaden): Über die pathologische Anatomie der kongenitalen Lues.

Die Spirochaete pallida, über die bereits im ersten Jahre nach ihrer Entwicklung über 200 Abhandlungen vorlagen, hat ihren Platz als wahrscheinlicher Lueserreger behauptet. Sie wird gerade bei der kongenitalen Lues in grosser Zahl gefunden, was mit der alten Annahme eines besonders konzentrierten syphilitischen Virus bei ihr übereinstimmt. Es handelt sich bei der kongenitalen Lues sofort um eine Allgemeininfektion, welche etwa dem tertiären Stadium der erworbenen Syphilis entspricht. Der besonders widerstandlose Zustand des kindlichen Körpers, das Zurückbleiben der Organe in ihrer Entwicklung auf Grund der Syphilis erklären die Unterschiede. Während anatomisch das häufigste Substrat des tertiären Stadiums akquierierter Lues der Gummiknoten ist, ist es bei der kongenitalen Lues die diffuse syphilitische Entzündung mit Beziehungen zu den Gefässen; die mediären Gummata sind nur besonders konzentrierte Stellen einer solchen diffusen Entzündung, echte grosse Gummata sind selten. Hochsinger erklärt dies so, dass die Erkrankung gerade da aufträte, wo die Saftströmung eine besonders starke ist, und dies sei dann der Fall, wenn die Gefässentwicklung zur Zeit der Entwicklung der wichtigsten Bestandteile eines Organs (besonders seiner Drüsen) vor allem vor sich gehe. Diese Hypothese erklärt zugleich die verschiedene Reihenfolge der ersten luetischen Erkrankung der einzelnen Organe, da auch ihre Bildungszeit eine verschiedene ist. Betreffs der

Digitized by Google

Häufigkeit der kongenitalen Lues der einzelnen Organe werden die Statistiken von H. Hecker, Birch-Hirschfeld, R. Hecker und Karstens zusammengestellt. Am häufigsten befallen und am charakteristischsten sind die Veränderungen der Haut, Knochen, Leber, Lunge; auch Pankreas und Thymus sind häufiger befallen. Der fast konstante Milztumor ist nicht charakteristisch. Die Osteochondritis syphilitica, die diffuse syphilitische Zirrhose der Leber und die beiden Formen der kongenitalen Lungensyphilis werden etwas eingehender besprochen. Es werden sodann eine Reihe Beispiele zusammengestellt, in welchen die Lues entwicklungshemmend auf einzelne Organe wirkt. Langerhans sche Zellinseln des Pankreas, der Lunge, Niere, Blutbereitung verschiedener Organe. Zum Schlusse wird darauf hingewiesen, dass der Ausdruck „hereditäre" Lues oft da, wo er nicht zu Recht bestehe, gebraucht wird, während der Name „kongenitale" Lues als der weitere Begriff richtig und daher vorzuziehen ist. Die Unterscheidung der verschiedenen Pathogenese „kongenitaler" Lues war schon Ferrerius 1553 genau bekannt, später gingen alle Kenntnisse der Erkrankung verloren, um erst in unserm Jahrhundert neu erobert und vermehrt zu werden.

Frl. Maas (Solingen-Haan): Ein Fall von Ruminationbeim Säugling.

Mitteilung über ein achtmonatiges atrophisches Kind mit angeblich unstillbarem Erbrechen. Die Magenflüssigkeit steigt hoch, und das Kind macht mit rückwärts gebeugtem Kopf Kaubewegungen. Dabei fehlt die Bauchpressentätigkeit vollständig. Ausgelöst wird das Ruminieren durch jeglichen nervösen Reiz: lautes Sprechen, heftiges Türenschlagen oder fremden Besuch. Chemische Untersuchung der ruminierten Flüssigkeit ergibt das Vorhandensein von Milchsäure und das Fehlen von freier HCl. Divertikel nicht nachweisbar.

Diskussion: Herr Lugenbühl (Wiesbaden) meint, dass viele Säuglinge, wenn sie auf dem Rücken liegen, die regurgitierende Nahrung wieder hinunterschlucken.

Herr Lugenbühl (Wiesbaden) demonstriert: a) einen Fall von Myatonia congenita (Oppenheim).

Das jetzt fünf Monate alte Mädchen wurde als erstes Kind gesunder jüdischer Eltern am Ende der Schwangerschaft in leichter spontaner Geburt geboren. Die Muttersmutter leidet an Tabes mit Sklerosenerscheinungen; sonst Familienanamnese ohne Belang. Die Schwangerschaft war normal, abgesehen von einer schweren eitrigen Otitis im fünften Monat: Kindesbewegungen wurden in 5 Monaten und vor Schluss gespürt. Schon bei der Geburt fiel Bewegungslosigkeit und schlaffes Herabhängen der Extremitäten auf. Die vier Wochen später vorgenommene Untersuchung ergab schlaffe Lähmung aller vier Extremitäten, die bewegungslos daliegen; nur die Finger machen ganz leichte Bewegungen, ebenso sind Thorax- und Halsmuskulatur schlecht entwickelt und aktiv nicht in Funktion; Tiefe und Hautreflexe nicht auszulösen, Sensibilität normal; elektrisch weder faradisch noch galvanisch Reaktion an den befallenen Muskeln. Alle Gehirnnervenfunktionen dagegen normal; Facialis gleichmässig innerviert und elektrisch erregbar. Saugen und Schlucken von Anfang an normal. Schreien leise. — Innere Organe ohne Befund; kleine Thymusdämpfung. Atmung gemäss der schlecht entwickelten

Digitized by Google

Thoraxmuskulatur fast nur abdominal. Unter elektrischer und Massagebehandlung hat sich bis jetzt leichte Besserung eingestellt, indem zuerst die Zehen, dann auch Hände und Füsse bewegt, zuletzt Unterarme gebeugt und supiniert werden. Im Anschlusse an diesen Befund, der den Fall als Myatonia congenita im Sinne Oppenheims charakterisiert, werden die zur Erklärung dieser Erkrankung von Oppenheim, Bernhard, Spiller und Bing aufgestellten Hypothesen kritisch besprochen.

b) Demonstration eines Präparats von angeborener Hydronephrose eines 17 Tage alten Knaben.

Die Ureteren waren mehr der Länge nach erweitert (30 statt 10 cm) und knäuelförmig aufgewickelt, sodass sie intra vitam als besondere, von den ebenfalls vergrösserten und palpablen Nieren getrennte Geschwülste nachzuweisen waren. Ein Hindernis in den abführenden Harnwegen, welches die Hypertrophie der Blase und konsekutive Stauung in Ureter und Niere erklärte, wurde nicht aufgefunden, sodass der Fall anatomisch nicht geklärt ist.

Herr Sonnenberger (Worms): Stellungnahme der Vereinigungen gegenüber den Angriffen auf die Pädiatrie als Spezialität, insbesondere den diesbezüglichen Beschlüssen von Offenbacher und Pfälzer ärztlichen Vereinen.

Sonnenberger erörtert kurz die bekannten Vorgänge an Hand einer Reihe von Artikeln pro und contra, die im „Ärztlichen Vereinsblatt" und den „Ärztlichen Mitteilungen" in letzter Zeit veröffentlicht wurden, wendet sich dann besonders gegen die betreffenden Beschlüsse der genannten Vereine. Er hält es für opportun, dass die Kinderärzte dagegen in irgend einer Weise Stellung nehmen. Nach eingehender Debatte, an der sich Schlossmann, Neter, Selter und Sonnenberger beteiligten, wird beschlossen, an die gelegentlich der diesjährigen Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Dresden tagende Gesellschaft für Kinderheilkunde das Ersuchen zu richten, den Gegenstand auf das Programm zu setzen, um als berufenster Faktor zu der Angelegenheit Stellung zu nehmen.

Herr Hoffa (Barmen) demonstriert die Pläne des neuen Säuglingsheims zu Barmen.

Im Haus sind untergebracht Säuglingsheim nebst Quarantänestation mit im ganzen 30 Betten, ausserdem Stillkrippe (15 Säuglinge) und Krippe für etwa 30 Kinder von 1—3 Jahren. Sämtliche Abteilungen räumlich und in Pflege isoliert. Alle zum aseptischen Betrieb im Schlossmann'schen Sinne erforderlichen Einrichtungen vorgesehen. Die Anstalt nimmt eine Anzahl Mütter als Ammen auf, bildet Säuglingspflegerinnen aus, die Überwachung der Haltekinder wird der Anstalt angegliedert (Beaufsichtigung durch Arzt und Berufspflegerin), Gesamtkosten des Baues und der ersten Einrichtung etwa 120000 M.

Herr Hirsch (Wiesbaden): Die Wiesbadener Städtische Säuglingsmilchanstalt und die damit verbundene Mutterberatungsstelle.

Die Anstalten, die unter seiner Leitung stehen, sind am 1. April d. J. eröffnet worden und nach Kölner Muster eingerichtet. Es werden vorerst 4 Mischungen abgegeben: $^1/_3$, $^1/_2$, $^2/_3$-Milch und Vollmilch in trink-

Digitized by Google

fertigen Portionsfläschchen. Der Preis für die Tagesration stellt sich für die Stadt auf 27 Pf., für die Abnehmer (Unbemittelte mit einem Einkommen unter 2000 M.) auf 22 Pf. In der Mutterberatungsstelle sind wöchentlich zweimal Sprechstunden eingerichtet, in denen der Prophylaxe und Hygiene das Hauptaugenmerk zugewendet ist. Die Einführung von Stillunterstützungen und Stillprämien ist ins Auge gefasst. Demonstration der Anstalt.

Die Verbreitungsweise und Bekämpfung der epidemischen Genickstarre. Von Flügge (Vortr. geh. i. d. 32. Vers. d. Deutsch. Ver. f. öfftl. Gesundheitspfl. zu Bremen, 11.—13. Septbr. 1907.)

Bis zum Jahre 1904 hatten wir in Preussen nur einen Todesfall an Genickstarre auf 100000 Einwohner, nur im Regierungsbezirk Köln stieg die Zahl auf 5 in den Jahren 1885 bis 1891. Eine Epidemie brach 1905 im Regierungsbezirk Oppeln aus, 114 Todesfälle auf 100000 Einwohner kamen, im eigentlichen oberschlesischen Industriebezirck (den Kreisen Königshütte, Beuthen, Kattowitz) sogar 310. In ganz Preussen ist dadurch die Zahl der Todesfälle im Jahre 1905 auf 7 von 100000 gestiegen. Seitdem hat die Krankheit auch nach dem industriellen Westen Preussens übergegriffen, im laufenden Jahre 1907 sehr stark; offenbar hat sie noch eine steigende Tendenz. 60 Prozent der Erkrankungen verlaufen tödlich, und auch bei den nichttödlichen Fällen bleiben oft die schwersten Schäden zurück. Als eigentlicher Erreger der Krankheit ist der sogenannte Weichselbaumsche Meningokokkus anzusehen; dieser geht ausserhalb des menschlichen Körpers rasch zu Grunde. In den Hirnhäuten eines an Genickstarre Erkrankten findet man den Meningokokkus stets; doch kann er von da nicht nach aussen gelangen, ist also für die Verbreitung der Krankheit ohne Bedeutung. Freilich findet sich der Krankheitserreger auch im oberen Teile des Rachens, von wo aus er in die Umgebung übergehen kann. Es lassen sich stets reichliche Meningokokken im Rachen zahlreicher Menschen aus der näheren Umgebung des Kranken nachweisen. Doch zeigen diese „Kokkenträger" zum Teil gar keine Krankheitserscheinung, zum Teil nur eine leichte Pharyngitis (Rachenentzündung). Die Kokken scheinen sich von ihnen zu anderen Menschen nur durch frisches, feuchtes Rachensekret zu verbreiten, durch Sekrettröpfchen beim Sprechen oder Husten, sowie durch Benutzung von gemeinsamem Ess- und Trinkgeschirr, derselben Taschen- und Handtücher. Die eigentlichen Kokkenträger bleiben also im freien Verkehr mit zahlreichen Menschen, während die Genickstarrekranken nur unter Vorsichtsmassregeln mit anderen verkehren. Von den Kokkenträgern selbst erkranken stets nur wenige besonders dazu disponierte Individuen, namentlich Kinder. Vielleicht sträubt sich mancher gegen die Anschauung, dass nicht der Kranke selbst das eigentlich gefährliche Zentrum für die Verbreitung der Epidemie ist. Aber auch die epidemiologischen Beobachtungen zeigen ganz dasselbe; die Einschleppung der Krankheit in genickstarrefreie Orte ist durch gesunde Personen oft erfolgt, durch leblose Gegenstände dagegen noch niemals einwandfrei erwiesen. Auch bei Epidemien zeigen sich nicht Gruppenerkrankungen in denselben Häusern, wie bei anderen Infektionskrankheiten, sondern vor allem zahlreiche Einzelerkrankungen in verschiedenen Häusern. Deshalb kann bei der Bekämpfung der Genickstarre

Digitized by Google

nicht nach demselben Schema verfahren werden, wie bei anderen übertragbaren Krankheiten. Wollte man lediglich die Kranken isolieren, so wäre das gerade so, als wollte man die Tollwut bekämpfen, indem man die gebissenen Menschen isoliert und die tollen Hunde frei herumlaufen lässt. Freilich wird man an einer Isolierung der Kranken in so wenig rigoroser Weise, wie sie das Seuchengesetz vorsieht, festhalten; denn die Ausstreuung der Krankheitserreger vom Kranken aus ist immerhin nicht unmöglich. Nach dem Ablauf der Krankheit scheint eine Desinfektion von ganz geringer Bedeutung, da ja der Krankheitserreger ausserordentlich widerstandslos ist. Das Hauptaugenmerk ist vielmehr auf die gesunden Kokkenträger zu richten, deren Zahl 10- bis 20mal so gross ist, als die der Erkrankten. Diese wird man durch zahlreiche bakteriologische Untersuchungen ermitteln müssen; zweckmässig wird es sein, ohne weiteres anzunehmen, dass jeder, der mit dem Kranken vor dessen Erkrankung oder mit anderen mutmasslichen Kokkenträgern in nahem persönlichen Verkehr gestanden hat, zu den Kokkenträgern gehört. Eine strenge Absonderung aller dieser Kokkenträger ist ganz undurchführbar, es würde das nur zu einer Verheimlichung der Krankheit führen. Eine nützliche Wirkung von irgendwelchen Gurgelungen, Pinselungen usw. konnte bisher leider nicht festgestellt werden. Daher bleibt nichts anderes übrig, als den mutmasslichen Kokkenträgern kurze Merkblätter einzuhändigen, in denen ihnen Vorsicht im Verkehr mit anderen Menschen für die nächsten Wochen dringend empfohlen wird. Weiterhin ist die übrige Bevölkerung auf die Gefahr, die von jenen Trägern ausgeht, in geeigneter Weise hinzuweisen. Einige Hoffnung könnte man auf die moderne Immunitätslehre setzen; doch sind die Aussichten bisher schlecht. Eine Immunisierung gegen Genickstarre ist bisher nicht gelungen und erscheint aussichtslos. Etwas weiter ist man dagegen dadurch gekommen, dass man ein wirksames Serum hergestellt hat; dasselbe ist nicht nur für die Untersuchung wichtig, sondern hat sich auch therapeutisch wirksam erwiesen; wir können hoffen, dass wir in der Folge mehr und mehr in die Lage kommen werden, die Genickstarre zu bekämpfen.

In der Diskussion bemerkt Geh. Obermedizinalrat Prof. Dr. Kirchner: Es müsse ein Punkt stärker betont werden, als es von Prof. Flügge geschen ist, das sei die Notwendigkeit der Absonderung der Kranken selbst. Gewiss wäre sie bei vorgeschrittener Krankheit nicht notwendig; aber in den ersten Stadien bildet der Kranke eine grosse Gefahr für die Weiterverbreitung und muss unbedingt aufs strengste isoliert werden. Es wäre sehr bedauerlich, wenn im Publikum sich die Ansicht ausbildete, dass die Absonderung von Genickstarrekranken nicht nötig wäre. Vielmehr wäre es wünschenswert, dass namentlich alle erkrankten Kinder sofort in ein Krankenhaus aufgenommen würden. Weiter empfiehlt der Redner, dass alle Kommunen und Kreise dazu übergehen möchten, die Desinfektionen unentgeltlich vorzunehmen. Mit dem Vorschlag der Verbreitung eines Merkblattes betreffend die Genickstarre erklärt er sich einverstanden.

Die heutige Therapie der Basedowschen Krankheit. Von Froehlich. (D. Ärzte-Ztg. 15. Juli 1907 — Medico.)

Die Basedowsche Krankheit war ursprünglich die alleinige Domäne des inneren Klinikers, später nahmen sie die Chirurgen lediglich für sich

Digitized by Google

in Anspruch, und erst seit den Arbeiten von Moebius ist das Gebiet wieder mehr dem Internisten zu gefallen. Die chirurgische Therapie des Basedow ging von der Überlegung aus, durch Entfernung der krankhaft sezernierenden Schilddrüse den Körper vor den Giftstoffen der Drüse zu schützen, die interne Therapie versuchte, das sich bildende Drüsengift unschädlich zu machen. Wenn sich die Behandlung der Basedowschen Krankheit in letzter Zeit erfolgreicher gestaltet hat, so spielt auch das Moment eine Rolle dabei, dass man immer mehr die sogenannten „Formes frustes" zu erkennen gelernt hat, Fälle, die früher als Neurasthenie, Hysterie etc. aufgefasst wurden. Zu Operationen wird man erst dann schreiten, wenn alle anderen Mittel versagt haben. Von der Röntgenbestrahlung der Schilddrüse hat man keine wesentlichen Erfolge gesehen. Hingegen berichten zahlreiche Autoren über gute Resultate, die mit dem Moebiusschen Serum, sowie mit Rodagen erzielt wurden. Aber auch diese Mittel werden einen Hauptfaktor bei der Behandlung nicht überflüssig machen: das ist körperliche und geistige Ruhe in ausgedehntestem Masse. (Bettruhe und Freiluftbehandlung, Mastkuren etc.) Von inneren Mitteln ist, neben den roborierenden, vor allem das Brom von Nutzen, das insbesondere auf die vom Herzen ausgehenden Störungen günstig einwirkt. Auch die Anwendung des galvanischen Stromes bringt Vorteile; man appliziert ihn in einer Stärke von 5—10 M. A., wobei man den positiven Pol auf eine indifferente Stelle legt, den negativen auf die Schilddrüse. Endlich sei noch hervorgehoben, dass die mässige Anwendung der Hydrotherapie das Wohlbefinden des Basedow-Kranken oft recht günstig beeinflusst.

Kasuistische Mitteilung zur Kenntnis der Pylorustenose der Säuglinge. Von Aug. Berkholz. (Monatsschr. f. Kinderheilk. H. 47, 1906.

2 Beobachtungen, von denen die erste darum wertvoll ist, weil sie vom ersten Lebenstage des Kindes an gemacht und Daten über Körpergewichtskurve und Nahrungsbedürfnis gesammelt werden konnten. Was die Schwere der Fälle betrifft, so darf man sie mit dem Verfasser nicht als gleichwertig betrachten. Das zweite, im Alter von 2 $^1/_2$ Monaten zur Behandlung gekommene Brustkind hatte bei 2 $^1/_2$ Monate langem Bestehen des Leidens noch ein Körpergewicht von 4230 g. Mit Reduzierung der Nahrungsmenge auf 400 liess das Erbrechen etwas nach, allerdings sank damit auch das Körpergewicht auf 4140. Mit Steigerung der Nahrungsmenge bis auf 600 besserte sich Erbrechen, Körpergewicht und allmählich Zahl der Stühle, und bei einer Menge von 600 g Muttermilch, auf 7 Mahlzeiten verteilt, heilte die Krankheit ab. Vom 4. bis 18. Dezember erhielt das Kind infolge einer Verminderung der Milchsekretion nur noch 400—500 g, aber das Körpergewicht sank gleichwohl nicht ab, da eben die Nahrung behalten wurde. Mit Beimilch begann am 19. Dezember eine raschere Gewichtszunahme, 5 Mahlzeiten pro die. Bei Gesamtnahrungsmengen von ca. 700 g hatte das Kind am 13. Januar 1905 ein Körpergewicht von 5400 g erreicht. Von da an ungestörte Entwicklung. Der erste Fall lag wesentlich schwerer; gleichwohl gelang die Erhaltung des Lebens ohne Operation, bei konsequent und lange Zeit fortgesetzter Ernährung mit minimalsten Nahrungsmengen. Die Erkrankung hatte zu

Digitized by Google

Beginn der vierten Lebenswoche des väterlicherseits schwer neuropathisch belasteten Kindes akut eingesetzt. Das Erbrechen hatte über einen Monat gedauert, etwas Stuhl, vom Aussehen des Hungerstuhles, erfolgte spontan alle 4—6 Tage. Die Therapie bestand, solange die Symptome des Pylorospasmus vorhanden waren in der Zufuhr möglichst kleiner Nahrungsmengen, 200 g, zunächst auf 5 Mahlzeiten verteilt, dabei ein Gewichtsverlust in 19 Tagen von 460 g = 3540 g. Ausserdem wurden heisse Kompressen auf den Leib gelegt und 2—3 mal täglich ein Teelöffel einer 2% Natr. Bicarbon.-Lösung gegeben. Bei dieser Therapie trank das Kind bis zum 7. Juni stets 300 g pro die in 5 Einzelmahlzeiten und erhielt sein Gewicht auf 3545, vom 8. bis 25 Juni 400 g, Steigen des Gewichts auf 3710, vom 26. Juni bis 17. Juli 500 g pro die — Gewichtsstillstand zunächst, dann bei gleichem Nahrungsquantum Anstieg auf 3990 bis zum 8. August. Am 2. August wurde die Peristaltik zum letzten Mal beobachtet, vom 4. bis 17. August durchschnittlich jeden zweiten Tag Stuhlentleerung, vom 17. ein bis zweimal täglich spontan normaler Stuhl. Ein Tumor in der Pylorusgegend konnte nicht palpiert werden, aber die Konfiguration des Abdomens war die typische: Vorwölbung der Magengegend und Kollabieren der unter dem Nabel gelegenen Partieen. Während der ganzen Zeit der Krankheit war das Kind artig und schlief nachts gut, nur in Zeiten starker Peristaltik schrie es. Zeichen allgemeiner nervöser Veranlagung waren nie beobachtet worden. Aus der Tabelle am Schluss ergibt sich, dass es möglich ist, gegebenenfalls mit der Nahrungsmenge bei Brusternährung weit über das sonst übliche Mass herunterzugehen, ohne den Organismus der Säuglinge zu schädigen. Bei einem berechneten Kalorienwert von 65,3 pro 1 kg Körpergewicht betrug die Zunahme des Körpergewichts vom 8. bis 25. Juni 170 g. Das von Czerny und Keller als extremer Fall hingestellte Kind Machill gedieh längere Zeit hindurch bei Nahrungsmengen, deren Kalorienwert pro 1 kg Körpergewicht ebenfalls sich zwischen 60 und 70 bewegte. — Es bildet also die in jedem Fall speziell zu bestimmende Minimalernährung einen wichtigen Faktor in der Therapie des Pylorospasmus.

Netter (Pforzheim).

Über Pepsin—Salzsäure als Stomachicum beim Säugling. Von Ludwig F. Meyer. (Aus dem Städtischen Kinderasyl zu Berlin. Therapie der Gegenwart. 1906, Mai.)

Meyer lenkt in dieser Mitteilung die Aufmerksamkeit auf die Pepsin-Salzsäure als ein Mittel, beim Säugling ein vermehrtes Nahrungsbedürfnis herbeizuführen. Es kann sich naturgemäss nicht um jene Form geringerer Appetenz handeln, die als Ausdruck einer Ernährungsstörung, gleichviel welcher Provenienz, zu betrachten ist. In diesen Fällen bildet das geringere Nahrungsbedürfnis vielmehr eine natürliche Schutzeinrichtung des Körpers, dessen Verdauungs- und Assimilationskraft grösseren Nahrungsmengen nicht gewachsen ist. Voraussetzung vielmehr für die Anwendung ist eine mangelhafte Appetenz bei gutem Allgemeinbefinden, gutem Stuhl, bei Abwesenheit einer sonstigen Erkrankung, und dadurch bedingte ungenügende Gewichtszunahme. Auf Grund seiner ausgedehnten Erfahrungen kommt Meyer zur Aufstellung von 3 Kategorien von Säuglingen, bei denen die Verordnung von Pepsinsalzsäure indiziert sein kann:

Digitized by Google

1. Säuglinge, die ohne jede nachweisbare Störung der Organe ungenügend trinken. Dahin gehören z. B. Kinder, die mit dem Trinken an der Brust aufhören, obwohl, wie ein Druck auf die Brustdrüse lehrt, das Organ noch keineswegs entleert ist, ferner die mit „exsudativer Diathese" behafteten, neben Ekzemen, Wundsein usw. durch Gewichtsstillstände sich auszeichnenden Säuglinge. Nur muss, soll durch Pepsinsalzsäure eine Gewichtszunahme erfolgen, die Nahrungsaufnahme eine ungenügende sein. Entspricht die letztere aber dem kalorischen Bedürfnis, so kann durch Pepsinsalzsäure bei dieser, wahrscheinlich auf einer Stoffwechselanomalie beruhenden Erkrankung kein Erfolg erzielt werden. Negativ wird ferner das Resultat bei den an einer wenig leistungsfähigen Brust trinkenden Kindern sein. Hier liegt eben die Ursache nicht im Säugling, sondern in der Mutter. Es gehören ferner in diese 1. Gruppe jene, ursprünglich künstlich ernährte, wegen irgend einer Störung in den ersten Lebenstagen an die Brust gelegten Säuglinge, die auch noch in dieser Zeit schlechte Trinker bleiben. Bei einem Kinde dieser Art hob sich im Verlauf von 4 Wochen unter Pepsinsalzsäure die tägliche Nahrungsmenge von 582 g auf 700—750 g, das Gewicht von 3080 auf 3740 g. Salzsäure allein, 8 Tage hindurch gegeben, war ohne Wirkung geblieben. Und endlich sind in diese erste Hauptgruppe künstlich ernährte Säuglinge zu rechnen, bei denen ein organischer Grund für die mangelnde Appetenz mit Sicherheit auszuschliessen ist. Es leuchtet ein, dass hier mit besonderer Vorsicht zu verfahren ist, wenn anders nicht die Anorexie und die von ihr angekündigte tiefere Ernährungsstörung durch gesteigerte Nahrungszufuhr noch vergrössert und erst recht zum Ausbruch gebracht werden soll.

In die zweite Hauptgruppe gehören jene Säuglinge, bei denen der Versuch des Abstillens, wenn auch nicht von den uns durch Finkelstein und Schlossmann bekannt gewordenen bedenklichen Erscheinungen (Erbrechen, spritzende Stühle, hohes Fieber, Benommenheit), aber um so häufiger von einem Verlust des bis dahin guten Appetits und einer Gewichtsabnahme beantwortet wird, sodass man immer wieder zur Brust zurückkehren und den Zeitpunkt des Abstillens immer weiter hinausschieben muss. Hier sah Meyer vom Pepsin oft eine rasche Besserung der entstandenen Anorexie. So wurde z. B. bei einem 4 Monate alten Kind ein zweimaliger Versuch der Ablaktation durch Zuführung nur geringer Mengen von Beinahrung (Buttermilch) prompt von einer starken Anorexie und nur geringer Gewichtszunahme in 2 Monaten beantwortet, sodass man immer wieder zur Brustnahrung zurückkehren musste. Der dritte Versuch der Ablaktation geschah unter Pepsinsalzsäure-Darreichung. Jetzt keine Anorexie, Körpergewichtszunahme in 1 Monat 510 g bei 4 Brustmahlzeiten und einer Flasche Malzsuppe, Quantität der einzelnen Brustmahlzeit vor dem Abstillen im Durchschnitt von 36 Mahlzeiten 106 g, nach der Ablaktation im Mittel von 28 Mahlzeiten 124 g. Schliesslich hält Meyer Pepsinsalzsäure indiziert bei der erfahrungsgemäss nach schweren akuten Erkrankungen bei Säuglingen oft zurückbleibenden Anorexie. Hier konnte M. diese Zeit sehr verkürzen. Ein Hauptwert bei dieser Therapie, wenn man nicht Misserfolge, die auch hier übrigens nicht ausbleiben, erleben will, ist die präzise Stellung der Indikation. Verordnet wurde entweder Pepsin allein in Form des Witte'schen Pepsinpulvers (1 Messerspitze) oder dasselbe gleichzeitig mit 2—4 Tropfen Acid. hydrochloric. dil. oder von der

Digitized by Google

Grübler'schen Pepsinlösung, die bereits Salzsäure in Form der Acidalbuminatverbindung (3,5%) enthält 2—5 Tropfen, stets vor der Mahlzeit. Das Grüblersche Präparat empfiehlt sich wegen der Einfachheit der Medikation. Von Salzsäure sah M. keinen Erfolg, Pepsin ohne Salzsäure schien meist erfolgreich zu sein, nur 1 negativer Erfolg unter den mitgeteilten Fällen, der dann auf Pepsinsäure reagierte.

Netter (Pforzheim.)

Thiocol als Antidiarrhoikum. Von Nothmann. (Aus d. Kinderambulat. v. Dr. Fromm, München. — Zentralbl. f. d. ges. Therap. Heft 6, 1907.)

Verf. will das Interesse der Ärzte auf ein Mittel lenken, das sich ihm bei diarrhoischen Zuständen oft bewährt hat. 2 typische Krankengeschichten sollen die Wirksamkeit des Mittels illustrieren.

Es handelt sich um zwei Geschwister im Alter von $1^1/_2$ und 3 Jahren, Helene und Ludwig M. Helene erkrankte am 8. Oktober 1906 an Fieber, Erbrechen und Durchfall. Unter entsprechender Diät hörte das Erbrechen nach zwei Tagen auf, die Stühle erfolgten aber trotz Tannalbin-Darreichung bis zum 13. Oktober immer noch in vermehrter Anzahl und behielten ihren schleimigen, diarrhöischen Charakter bei. Gleichzeitig bestanden Temperatursteigerungen bis 38.0. Am 13. Oktober wurde das von Heubner sehr warm empfohlene Ferr. pyrophosphoric. c. Ammon. citric. 1,5 : 100,0 verabreicht; am 17. Oktober wurde dieses Mittel mit Tannalbin kombiniert und als Diät Eichelkakao und Hygiama verabfolgt. Am 19. Oktober wurde wegen Mangel an Besserung eine Schüttelmixtur von Tannalbin, Bismuthose āā 5.0 auf 100 Wasser mit 3 Tropfen Tct. opii verordnet. Trotzdem erfolgten am nächsten Morgen noch sieben wässerige Stühle. Die Temperatur hatte sich in den letzten Tagen zeitweilig bis zu 39° erhoben. Am 20. Oktober wurde bei gleich strenger Diät Thiocol zweimal 0.5 verordnet. Am nächsten Tage erfolgten nur noch zwei schon breiige Stühle, ebenso am 22. Oktober. Das Fieber sank lytisch ab. Am 25. Oktober erfolgte bereits ein fester Stuhl, vom 26. Oktober wurde bei Einhaltung von Thiocol mit Milchdarreichung begonnen und in den nächsten Tagen zur gewöhnlichen Kost übergegangen, welche gut vertragen wurde.

Ganz ähnlich gestaltete sich der Krankheitsverlauf bei dem 3 Jahre alten Ludwig. Er erkrankte am 11. Oktober, also drei Tage nach der Schwester, ebenfalls mit Fieber, Erbrechen und starken Diarrhöen. Durch strenge Diät und die oben genannten Mittel in etwas grösseren Dosen wurde bis zum 20. Oktober keine wesentliche Besserung der Entleerungen erzielt. Das Fieber erhob sich an einem Tage bis zu 39.1. Daher wurde Thiocol dreimal 0.5 verordnet. Am 21. Oktober wurden zwei weiche Stühle entleert. Das allgemeine Befinden war gut, der Appetit schlecht. Am 23. Oktober erfolgten drei dicke Stühle, vom 24. an täglich zwei homogene, feste Entleerungen, die in Zahl und Charakter sich nicht veränderten, nachdem vom 26. Oktober an langsam zur gewöhnlichen Kost übergegangen wurde. Bis zu diesem Zeitpunkt wurde mit der Thiocoldarreichung fortgefahren.

Es handelte sich also bei diesen beiden Kindern um subakute, infektiöse, offenbar aus derselben Quelle stammende Darmkatarrhe, die

Digitized by Google

weder durch strenge Diät, noch durch die bekannten antidiarrhöischen Mittel, dagegen prompt durch Thiocol beeinflusst wurden. Der Vollständigkeit halber sei hier noch erwähnt, dass bei der Diagnose ein Typhus, an dem man wegen des gleichzeitigen Auftretens in einer Familie, des Fiebers und der Unbeeinflussbarkeit vielleicht hätte denken können, deswegen auszuschliessen ist, weil zu jeder Zeit Roseolen, Milztumor und Diazoreaktion fehlten. Verf. hält sich nach diesen beiden und anderen Erfahrungen berechtigt, das Thiocol auch zur Behandlung von Darmkatarrhen zu empfehlen. Allerdings muss es in ziemlich grossen Dosen gegeben werden, bei dem dreijährigen Knaben schon 1.5 im Tage, Es löst sich gut in Wasser, hat keinen üblen Geschmack, so dass es auch in der Kinderpraxis mit Vorteil angewendet wird. Es beeinflusst im günstigen Sinne die Entleerungen, ohne aber im Gegensatz zu anderen Mitteln selbst bei längerem Gebrauche Verstopfung zu bewirken. Der einzige dem Verf. bekannt gewordene Fehler ist sein ziemlich hoher Preis.

S.

Gesundheitspflege.

Sexuelle Diätetik und Erziehung. Von A. Eulenburg. (Ref., erst. auf dem III. Kongress der Deutsch. Gesellsch. zur Bek. d. Geschlechtskrankh. zu Mannheim 1907.)

Vortragender stellte zum Schlusse seines Referates folgende Leitsätze auf:

1. Als Hauptziel der sexuellen Hygiene und Diätetik muss gelten: nicht etwa die naturgemässe Entfaltung des geschlechtlichen Triebs in asketischer Weise zu unterdrücken, sondern sie im Gegenteil in die normalen und von der Natur vorgeschriebenen Bahnen zu lenken und darin zu erhalten.

Insofern die heutigen Kulturbedingungen und namentlich die eigenartigen Verhältnisse der Grossstadt mit einer ungeheuren Vermehrung der an die heranwachsende Jugend herantretenden sinnlichen Reizungen verbunden sind und daher ein verfrühtes Erwachen und eine künstliche Steigerung des geschlechtlichen Triebs in hohem Masse begünstigen, handelt es sich darum, den auf diese Weise erzeugten Gefahren der verfrühten und unnatürlichen Entwicklung, den damit zusammenhängenden späteren Ausartungen und schädigenden Auswüchsen des geschlechtlichen Lebens vorbeugend und verhütend entgegenzuwirken. Hierzu erscheint vor allem, Charakterbildung, Erweckung und Festigung des sittlichen Wollens auch auf geschlechtlichem Gebiete als erste und notwendigste Voraussetzung.

2. Die Schule kann zur Erfüllung der hier erwachsenden Aufgaben mittelbar und unmittelbar mehrfach förderlich eingreifen; so u. a. durch eine erweiterte Pflege körperlicher Ausbildung und Betätigung in Volks- und Jugendspielen, in jeder Art gymnastischen und massvollen sportlichen Betriebs, in Ausflügen und Ferienwanderungen — überhaupt

Digitized by Google

durch Hinleitung zum Naturgenuss, ferner auch durch Begünstigung der Abstinenzbestrebungen, vielleicht auch durch Förderung der koedukatorischen Tendenzen mit ihren nicht zu verkennenden Vorteilen. Eine die Anforderungen der sexualen Hygiene berücksichtigende Vorbildung des Lehrers ist — wie überhaupt die grundsätzliche Aufnahme schulhygienischen Wissens unter die notwendigen Bestandteile der Berufsvorbildung — in hohem Grade zu wünschen.

3. Auch die Fürsorgebestrebungen zugunsten der schulentlassenen Jugend sind soweit wie möglich in gleichem Sinne heranzuziehen und diesem Zwecke entsprechend auszugestalten und nachdrücklich zu fördern.

4. Die wichtigsten und schwierigsten Aufgaben verbleiben der Erziehung in Haus und Familie, und diese dürfen sich der Erfüllung der ihnen obliegenden Pflichten nicht in Bequemlichkeit oder sorgloser Verblendung versagen. Was hier in hygienischer und diätetischer Beziehung zu fordern ist, erscheint übrigens um so leichter erfüllbar, als es sich fast durchweg mit den allgemeinen hygienischen Anforderungen des kindlich jugendlichen Alters überhaupt deckt und nur in einzelnem noch darüber hinausgeht. Es gehört also alles hierher, was sich auf eine rationelle Hygiene der Wohnräume, der Ernährung, Kleidung, des Schlafens und Wachens, der Ruhe und Bewegung, der körperlichen und geistigen Arbeit dieser Altersstufe bezieht. Vor allem ist die Ernährungsfrage von einschneidender Wichtigkeit; hier ist neben den anderweitigen, für eine vernunftgemässe Beköstigung geltenden Vorschriften der gänzlichen Fernhaltung aller schädigenden Genussgifte (Alkohol, koffeinhaltige Getränke, Tabak) besondere Beachtung zu schenken.

5. Die Lektüre ist — bei beiden Geschlechtern — zu überwachen, aber nicht in überängstlich prüder Weise zu beschränken und vielmehr im Sinne der Bereicherung an ethischen und ästhetischem Wertbesitz, sowie den individuellen Neigungen entsprechend zu fördern. Nach gleichen Prinzipien ist bei allen, namentlich in Grossstädten so zahl- und wahllosen Darbietungen der Öffentlichkeit zu verfahren. Ungeeignetes natürlich tunlichst fernzuhalten, aber — bei der Unmöglichkeit einer systematisch durchgeführten Abschliessung und Absperrung gegen schädigende Einflüsse — immer die Erweckung und Festigung des sittlichen Willens und des Widerwillens dem ethisch und ästhetisch Verwerflichen gegenüber als Hauptziel zu betrachten.

6. Den das jugendliche Alter — bei beiden Geschlechtern — bedrohenden Gefahren der Onanie gegenüber ist weder nachsichtiges Gewährenlassen oder prüde Verhüllung und Vertuschung am Platze, noch ein kopflos übereifriges und überängstliches Gebahren. Auch hier muss neben den entsprechenden hygienischen Massregeln die Aufrufung und Stärkung des sittlichen Willens das Beste tun! Übrigens wird durch Übertreibung und unsinnige Ausmalung der vermeintlichen schrecklichen Folgen für Körper und Seele in zahlreichen Fällen noch weit mehr und bleibenderer Schaden angerichtet als durch die Onanie selbst.

Digitized by Google

Rezensionen.

Psychologische und sprachtheoretische Untersuchung der Kindersprache. Von William und Clara Stern. Leipzig 1907. Joh. Ambr. Barth.

Ein Problem der Kinderpsychologie, das in jüngster Zeit viele Forscher beschäftigte, ist die Kindersprache. Denken wir nur einmal an die entsprechende Literatur der letzten Jahre, z. B. Ament: „Die Entwicklung von Sprechen und Denken beim Kinde" (1899). Ament: „Begriff und Begriffe der Kindersprache". (1902). Neumann: „Die Entstehung der ersten Wortbedeutung beim Kinde" (1902). Idelberger: „Die Entwicklung der kindlichen Sprache" (1903). Egger: „Beobachtungen und Betrachtungen über die Entwicklung der Intelligenz und der Sprache bei den Kindern". Aber unstreitig den eingehendsten, und nach den Urteilen von Autoritäten sicherlich auch den wertvollsten Beitrag stellt soeben der bekannte Breslauer Psychologe William Stern durch seine psychologische und sprachtheoretische Untersuchung der Kindersprache.

Während die übrigen Verfasser bis jetzt fast nur Untersuchungen anstellten, welche, wie bei Preyer selbst, nur bis zum dritten Jahre reichten, erstreckt sich sein Beobachtungsmaterial bis zum sechsten Lebensjahre des Kindes. Die Grundlage zu den Untersuchungen bildete die Aufzeichnung von Beobachtungen, die er im Verein mit seiner Frau Clara Stern an seinen drei eigenen Kindern jahrelang machte. Über alle möglichen seelischen Funktionen wurden Tag für Tag Aufzeichnungen gemacht, Tagebuch geführt und später wissenschaftlich zusammengestellt. Es wurde dabei nicht, wie bei Preyer etwa, schematisch verfahren und das Kind morgens, mittags und abends gelegentlich beobachtet, nein, ungezwungen, „das Kinderstubenleben, das sich mit allen seinen Freuden und Leiden, mit allen seinen Alltäglichkeiten und Besonderheiten um die Eltern, namentlich um die Mutter herum abspielte, bot unzählige Gelegenheiten, um die Entwicklung der kleinen Seelen in jeder Hinsicht, in Sprache, Spiel, Willen und Charakter, Intelligenz, Gefühl, Anschauung, Kunstbetätigung u. s. w. zu verfolgen und zu fixieren." Wenn es nicht auf genaue wörtliche Aufzeichnung sprachlicher Äusserungen ankam, wurden kurze Notizen gemacht und abends ins Tagebuch eingetragen. Bei wichtigen Momenten, wo es sich um wörtliche Äusserungen handelte, wurden sofort stenographische Aufnahmen gemacht.

Bei alledem wurde stets daran festgehalten, die beobachteten Kinder dürfen nicht wissen, dass sie beobachtet werden. Und so ist tatsächlich den Kindern heute noch nicht bewusst, dass über sie laufende Aufzeichnungen gemacht worden sind. Das Experiment wurde nur selten in Anspruch genommen, gegebenenfalls auch nur in Formen, die das Kind fesselten. Bilder z. B. leisteten wertvolle Unterstützung als Prüfungsmittel der Anschauung, der Intelligenz und der Sprache.

Eigentlich waren die Aufzeichnungen chronolo-

Digitized by Google

gisch geordnet. hätten also eine Art seelischer Biographie der Kinder abgegeben. Da das aber in der Darstellung den Leser ermüden und weniger interessieren würde, wurde die monographische Behandlung gewählt.

In überaus eingehender Weise schildern die Verfasser zuerst die „Sprachgeschichten zweier Kinder in chronologisch-synchronistischer Darstellung," indem sie die Sprachentwicklung eines Mädchens bis zum 6. Lebensjahr, und die eines Jungen bis zum 5. Lebensjahr darstellen.

Darauf kommen sie im zweiten Teil auf die „Psychologie der Kinderspraehe" zu reden und behandeln in verschiedenen Kapiteln: Das Kausalproblem der Kindersprache, Vorstadien, Sprachanfänge, das Stadium des Einwortsatzes, die Entwicklung des Satzes, die Wortentwicklung in ihren Hauptrichtungen, die einzelnen Wortklassen, Differenzierung in der kindlichen Sprachentwicklung, die Parallelen zwischen der Sprachentwicklung des Individuums und der Gattung.

Der Schluss endlich handelt über „die spezielle Linguistik der Kindersprache" und spricht über Wortverstümmelungen in der Kindersprache, Lallwörter, Schallnachahmung und Onomatopöie, Urschöpfungen, Zusammensetzungen, Ableitungen, Kindesetymologie.

Diesem Werke von nicht zu unterschätzender Bedeutung soll von denselben Verfassern Ende dieses Jahres folgen: „Erinnerung und Aussage in der ersten Kindheit." Daran anschliessen sollen sich dann noch später Werke über „Kind und Bild", „das Spiel des Kindes", „Willens- und Gemütsleben", sowie „Denken und Weltanschauung". Sie sollen das Gesamtwerk abgeben „Monographie über die seelische Entwicklung des Kindes."

Büttner (Worms).

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Intussusception. Von D. M. Greig:

Unter den 20 Fällen waren gleichviel Knaben und Mädchen; 13 waren unter 1 Jahr, 5 zwischen 1 und 9 Jahren, 1 18 Jahre und einer war 61 Jahre alt. Von den 20 starben 10. Die Laparotomie mit Reduktion wurde 12 mal gemacht, davon wurden 6 geheilt, 3 mit Darmresektion starben, 4 wurden ohne Laparotomie geheilt, 1 Patient starb, bei dem die Operation verweigert worden war. 9 mal handelte es sich um eine Invaginatio ileo-coecalis. Bevor man sich zur Operation entschliesst, ist eine Taxis durch Einblasen von Luft per rektum gestattet: Viel Zeit ist damit aber nicht zu verlieren, Opiate bei operierten Kindern nur mit Vorsicht zu verwenden. Baldige Diagnose — sofortige Operation, je früher beides geschieht, um so besser die Prognose ist auch das Ergebnis dieser Studie.

(The Scott. med. und surg. journ. 1906.)

H. Netter (Pforzheim.)

Verlag von Benno Konegen, Leipzig. — Druck von Julius Beltz, Hoflieferant, Langensalza.

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Sanitätsrat Dr. Sonnenberger in **Worms.**

erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

XVIII. Jahrg. **November 1907.** **No. 11.** (215.)

Inhalt: Originalien: **Sonnenberger,** Über Ferienkolonien und Erholungsheime für kränkliche und schwächliche Schulkinder (Schluss). 241. — **Kühner,** Mutterschutzversicherung. 247. — Referate: **Ganghofner,** Über Verwendung des Tuberkulins im Kindesalter. 249. - **Posselt,** Höchstgradiger septico-pyämischer Scharlach. 251. — **Theodor,** Larynx- und Trachealstenosen, mit besonderer Berücksichtigung eines durch Thymus-Exstirpation geheilten Falles. 253. — **Haase,** Über eine Epidemie von hysterischem Laryngismus. 255. — **Zuppinger,** Zur Therapie der Larynxpapillome. 256. — **Behrens** und **Schiller,** Die Säuglingsfürsorge in Karlsruhe. 256. — **Ascher,** Die Abnahme der Säuglingssterblichkeit in Königsberg i. Pr. 257. — **Orgler,** Die Prophylaxe akuter Ernährungsstörungen durch Milchküchen. 258. — **Knöpfelmacher,** Die Entstehung des Ikterus neonatorum. 259. — **Elschnig,** Therapie des Trachoms (Conjunctivitis granulosa). 260. — **Bäumer,** Über ein lösliches Schwefelpräparat „Thiopinol" (Matzka) und die Tiopinol-Seife. 261. — Gesundheitspflege: 2. internationaler Kongress für Säuglingspflege (Gouttes de lait) zu Brüssel. 263. — Kleine Mitteilungen. 264.

Nachdruck mit **genauer** Quellenangabe gestattet. — Separatabdrücke verboten.

Über Ferienkolonien und Erholungsheime für kränkliche und schwächliche Schulkinder

als Hauptmittel zur dauernden Kräftigung der kindlichen Gesundheit.

Von Sanitätsrat Dr. Sonnenberger (Worms).

(Schluss.)

In der Schrift „Wissenschaftliche Mitteilungen aus Bad Kreuznach" (den Ärzten überreicht von der städtischen Kurkommission; Kreuznach, 1906) sagt Geh. Sanitätsrat Dr. Fr. Engelmann in Kreuznach in dem Aufsatze „Über das Verhältnis der Skrofulose zur Tuberkulose": „Der Kampf gegen die Tuberkulose ist eine Pflicht unserer Kultur und ihn mit Energie in Angriff genommen zu haben, eine nicht hoch genug einzuschätzende Ruhmestat unserer Generation. Aber der Kampf wird ein vergeblicher sein, wenn man sich nicht immer vor Augen hält, dass in

Digitized by Google

erster Linie es unsere Aufgabe sein muss, den Organismus zu stärken im Kampfe gegen Mikrobien. Denn ganz ausrotten wird man trotz allen Fleisses doch den Schädling nicht, oder doch nur sehr langsam. Hier muss die fortschreitende Kultur das beste tun. Mit Schwindsuchts-Sanatorien wird man auch nicht weit kommen. Den Körper aber widerstandsfähig zu machen gegen seine Feinde, das ist eine Aufgabe, die wir erfüllen können. Hier sollte der Hebel angesetzt werden. Den bereits erkrankten Körper zu sanieren, wird nur in einzelnen Fällen gelingen. Es muss unsere Aufgabe sein, den jugendlichen, kindlichen Organismus derart widerstandsfähig zu machen, dass er vermag, den Kampf mit dem Feinde erfolgreich zu bestehen. Alles, was den kindlichen Organismus gesuud erhält und kräftigt, wird einen wesentlichen Faktor bilden im Kampfe mit der Tuberkulose. Hier werden alle hygienisch-sozialen Massregeln reichste Früchte tragen."

Das sind beherzigenswerte, rationelle und praktisch wichtige Ansichten über die Bekämpfung der Tuberkulose, die uns die richtigen, mit unseren Bestrebungen parallel gehenden Wege genau vorzeichnen und, wenn sie beherzigt werden, uns vor Abwegen bewahren werden, auf welche gar manche Autorität der Gegenwart in der Tuberkulose-Bekämpfungsfrage geraten ist! — Wer, wie der Arzt, oft Gelegenheit hat, das Schicksal der schwächlichen und kränklichen Schulkinder nach dem Schulalter zu verfolgen, der weiss, welches bittere Los oft ihrer harrt, doppelt bitter, wenn zu der Kränklichkeit und Schwächlichkeit die Armut tritt.

Schon in den vierziger Jahren des vorigen Jahrhunderts haben es Menschenfreunde in den nordischen Ländern — namentlich in Dänemark — versucht, derartige Kinder dadurch zu kräftigen, dass sie dieselben während der Ferien aus ihren kümmerlichen Wohnungs- und Ernährungsverhältnissen herausnahmen, in Wald- und Gebirgsluft brachten, nachts in gesunder Behausung schlafen, tagsüber in der Luft arbeiten, wandern und spielen und dabei eine möglichst einfache, aber nahrhafte Kost geniessen liessen. So richtig die Idee dieser Philanthropen an und für sich war, so fielen die Erfolge doch ungenügend aus, weil sie vergassen, in ihren Bestrebungen Hand in Hand mit der Schule zu gehen. Das tat aber mit richtigem Kennerblick Pfarrer Walter Bion in Zürich, als er im Jahre 1876 sechzig arme schwächliche und kränkliche Schweizer Schulkinder während der Ferien in die Berge hinaufführte. Die Resultate für die nachhaltige Kräftigung der betreffenden Kinder waren so günstige, dass Bions Beispiel weit über die Grenzen der Schweiz hinaus Nacheiferung fand. In Deutschland haben es derartige Ferienkolonien seit zirka 25 Jahren zu einer erheblichen Bedeutung gebracht und sie sind sehr wirksame Faktoren für Gesundheit und Erziehung unserer Jugend geworden. Unter Anlehnung an die Bionschen Grundideen ist die Entwicklung des Ferienkolonienwesens eine nach den verschiedensten Richtungen hin vielgestaltige geworden. Sol- und Seebäder-

Digitized by Google

aufenthalt für die Skrofulösen, Aufenthalt in Wald und Gebirg (die Ferienkolonien im engeren Sinne) für die Kränklichen und Schwächlichen höheren Grades, Halb-Stadt-Milchkolonien für solche Kinder leichteren Grades — das sind die verschiedenen Haupttypen, die zur Anwendung kamen und einige Wege, die eingeschlagen wurden, um zu dem gemeinsamen Ziele der Erfrischung und Kräftigung armer und erholungsbedürftiger Schulkinder zu gelangen. Meist sind es private Vereine, welche die Kosten durch freiwillige jährliche Beiträge, Sammlungen, Wohltätigkeitsveranstaltungen u. dergl. aufbringen. Ärzte, Lehrer, Geistliche, Fabrikherren und andere Männer und Frauen nahmen sich der bedürftigen Kinder des Volkes in erbarmender Liebe an und machten Propaganda für die gute Sache. Kommunale, provinziale und lokale Bedingungen wirkten modifizierend ein. Das Entgegenkommen, welches man bei den Behörden und Mitbürgern fand, und demgemäss die Mittel, welche zu Gebote gestellt werden konnten, die Lage und Entfernung der ländlichen Ortschaften, nach welchen die Kinder ausgesandt werden konnten, diese und andere Umstände brachten manche Unterschiede und Abweichungen hervor, erweiterten aber auch das Gebiet der Beobachtungen und Erfahrungen, um die Angelegenheit in immer sichere Bahnen zu leiten.

Bezüglich der Wirksamkeit der Ferienkolonien auf die Kinder sind wir jetzt durch zahlreiche Beobachtungen und Erfahrungen zu einem abschliessenden Urteil gelangt und kann dasselbe in Kürze (nach Büsing in Wehmer's „Enzyklopädisches Handbuch der Schulhygiene") folgendermassen zusammengefasst werden (dabei sehe ich von den skrofulösen Kindern ab, für die der einzig zweckmässige Aufenthalt das Sol- oder Seebad ist): Bei den Ferienkolonien im engeren Sinne handelt es sich um die grosse Schar geschwächter oder in ihrer Entwicklung zurückgebliebener Kinder, die nur einer Aufhilfe, Stärkung oder Erhöhung der Widerstandsfähigkeit gegen üble äussere Einflüsse bedürfen. Kinder dieser Kategorie sind vorübergehend (im Durchschnitt 4, ausnahmsweise 6—8 Wochen) aus dem Elternhause herauszunehmen, um in der Ferne für einige Zeit in günstigeren Daseinsbedingungen zu verweilen. Am sichtbarsten und auch für den Laien anschaulich wird die erfolgte Aufhilfe in der Gewichtszunahme, welche die Pfleglinge erfahren. Dabei ist aber zu bemerken, dass die Ergebnisse der Wägungen wohl nicht allein massgebend sein dürfen, und das um so weniger, als in einzelnen Fällen die Ernährung der Pfleglinge etwas einseitig, auf möglichst grosse Gewichtszunahmen berechnet wird. — Was die Grösse der als normal anzunehmenden Gewichtszunahme betrifft, so bewegt sich dieselbe bei Kindern im Alter von 7—14 Jahren zwischen 1400 und 1900 g, geht aber bei Pfleglingen im Alter von 12 bis 14 Jahren auf 2000 bis 2400 Gramm hinauf.

Bei Mädchen wird allgemein eine höhere Gewichtszunahme als bei Knaben bemerkt, sie scheint im Durchschnitt etwa 1250 bis 2500 g zu betragen. Geht man auf die normale Sollzunahme der Kinder zurück, so zeigt sich, dass die Istzunahme innerhalb der Pflegedauer um so viel grösser als jene ist, dass diese mit der in 150 bis 250 Tagen zu erreichenden Sollzunahme etwa übereinstimmt. Man kann demnach sagen,

Digitized by Google

dass durch eine gut eingerichtete zirka vierwöchentliche Erholungspflege für Kinder von 7 bis 14 Jahren dieselben um 0,4 bis 0,7 Jahre in der Körperpflege gefördert werden. Es kommen jedoch auch Fälle vor, in denen überhaupt eine Gewichtszunahme nicht erfolgt, ja vereinzelt werden sogar Rückgänge im Gewicht beobachtet. Solche sind in verborgen gebliebenen Krankheitsursachen begründet. Stehenbleiben im Gewicht oder unternormale Zunahme desselben wird aber zuweilen durch eine übernormale Zunahme an Körpergrösse ausgeglichen; wenigstens will ein genauer Beobachter auf diesem Gebiete, Dr. Göpel in Frankfurt a. O. das Bestehen einer Wechselwirkung zwischen Gewichtszunahme und Wachstumsgrösse bemerkt haben. Auch der Fall tritt ein, dass die Wirkung eines Ferienaufenthaltes sich erst nachträglich einstellt, mitunter erst in den Wintermonaten. Nach der Ansicht Göpels wirkt der Ferienaufenthalt etwa wie ein Akkumulator der Wachstumsenergie, der Kraft zur Anbildung von Geweben. Die Energie der Zellen erfährt einen Anstoss, der sie befähigt, auch unter den späteren ungünstigen Verhältnissen ihrer Träger sich rascher zu vermehren. Die gedrückte Feder wird zur rechten Zeit einmal entlastet, bevor ihre Elastizität für immer erlahmt. Zwar kann die Erholungspflege aus Schwächlingen keine Athleten machen, wohl aber ist sie imstande, bei einer Anzahl von Schwächlingen den Grund zu besserer Entwicklung auch in der Folgezeit und hiermit zur späteren Erwerbsfähigkeit zu legen. — Wenn man auch zugeben muss, dass unter dem Einflusse von individuellen Zuständen des Pfleglings und der Verhältnisse, in die er zurückkehrt, im Laufe einer gewissen Zeit das, was im Akkumulator angesammelt wird, zum Teil wieder aufgezehrt wird, so haben doch die Erfahrungen im grossen ganzen gelehrt, dass der zuweilen gehörte Einwand, dass die Erholungspflege bei ihrer kurzen Dauer nicht lohnend genug sei, nicht stichhaltig ist. So haben z. B. die Wägungen von 227 Kindern in Mainz, die eine nur dreiwöchige Sommerpflege — also eigentlich eine zu kurze Dauer der Erholungspflege — gehabt hatten, gezeigt, dass bei beinahe der Hälfte der Kinder ein Fortschreiten in der Gewichtszunahme für die nächsten Monate stattgefunden hatte. Andererseits muss auch darauf hingewiesen werden, dass, wenn möglich, etwas geschehen muss, um den Pflegeerfolg vor zu frühem Verlorengehen zu sichern, denselben möglichst dauernd zu wahren: Kontrolle der häuslichen Verhältnisse, des Gesundheitszustandes der Pfleglinge auch in der Zeit nach der Erholungspflege durch sachverständige Personen, eventuell Wiederholung der Pflege, und ganz besonders eine sogenannte Nachpflege durch tägliches Verabreichen eines ausreichenden Quantums von Milch bei denjenigen Kindern, welchen Wiederverlust des einmal Erreichten droht, während längerer oder kürzerer Dauer, ferner Hautpflege durch Bäder etc.

Ich möchte noch kurz darauf hinweisen, dass bei recht vielen Kindern, die die Erholungspflege durchgemacht haben, eine grössere Widerstandskraft gegen Infektionsgefahr, Erkältungen, Neigung zu Katarrhen, ferner eine bessere Aufmerksamkeit während des Schulunterrichts, besseres Erfassen des Schulpensums, geringere Zahl der Schulversäumnisse beobachtet wurden.

Digitized by Google

Neben den gesundheitlichen Wirkungen, welche eine mehrwöchentliche systematische Körperpflege ausübt, ist ferner die vollständige zeitweise Heraushebung eines Kindes aus der Familie von allergrösster Bedeutung für Gemüt, Sitte und Moral desselben. Wenn auch vereinzelt eine ungünstige Folge sich darin zeigen kann, dass durch den Aufenthalt in einer Kolonie dem Kinde Ansprüche anerzogen werden, die in der Familie nicht erfüllbar sind, wenn vielleicht Neid, der bei der Unkenntnis besserer Verhältnisse dem Kinde bisher fremd geblieben war, in ihm erweckt wird, so unterliegt es nach allen Erfahrungen, die bisher vorliegen, doch keinem Zweifel, dass solche Fälle sehr selten sind. Vielmehr ist es eine Tatsache, dass die Kinder von der Teilnahme an einer Ferienkolonie aber in der Regel durch Gewöhnung an Ordnung, Reinlichkeit, Gehorsam, geregelte Tätigkeit usw., durch Ausgleich von Extremen in ihrem Empfindungsleben, durch intimeren Umgang mit der Natur usw. einen grossen dauernden Gewinn davontragen. Und dies ist ja sehr erklärlich, wenn man bedenkt, dass auf das noch nicht ganz abgestumpfte Kindesgemüt die zeitweilige Heraushebung aus trüben häuslichen Verhältnissen, bezw. das Versetzen in eine ganz neue Umgebung, die körperliche Erholung, die allgemeine Erhebung seines Gemütszustandes, die Bezeugung von Interesse und liebevolle Sorge um sein Wohlbefinden nicht anders als in veredelndem Sinne wirken können, und dass freundliche Eindrücke, die das Kind aus dem Pflegeaufenthalt in das Elternhaus mit zurücknimmt, noch lange in seiner Erinnerung haften bleiben werden.

In vorliegenden Darlegungen habe ich in groben Umrissen den grossen Wert, welchen die Ferienkolonien in gesundheitlicher und erziehlicher Hinsicht für die Pfleglinge besitzen, geschildert. Alle diese Vorteile treten in vielfach verstärktem Masse auf, wenn es gelingt, von der Unterbringung des Kindes in Wirtshäusern, wie das seither vielfach bei den Ferienkolonien geschah, abzusehen und die Kinder in eigens zu diesem Zweck erbauten Häusern, in sogenannten Ferienheimen zu verpflegen; in ihnen können alle inneren Einrichtungen so getroffen werden, wie der eigentliche Zweck einer Anstalt es erfordert, soweit, was die Ernährung, als auch sonstige Verpflegung betrifft. Dazu kommt der nicht zu unterschätzende Einfluss, der sich daraus ergibt, dass im eigenen Heim die Kinder dem nach so mancher Seite hin störenden Gasthausleben mit seinen die Überwachung oft erschwerenden Einflüssen vollständig entrückt sind. Ferner kommen dazu noch mancherlei Vorteile, z. B. die viel sichere Vermeidung von Infektionskrankheiten, die in Bezug auf die Nahrung individuellere Behandlung der Pfleglinge, wo es notwendig erscheint; nicht am wenigsten schwerwiegend sind die Vorteile eines eigenen Heims, die auf dem finanziellen Gebiete liegen, indem durch die eigene Wirtschaftsführung die Verpflegungskosten sich bedeutend vermindern (im Durchschnitt um zirka 40 bis 50 Prozent*) gegenüber den in den Gasthöfen zu zahlenden Preisen, ein Vorteil, der so

*) Wenn man die Ersparnisse bei der Verpflegung in eigenem Haus gegenüber derjenigen in den Ferienkolonien mit bloss 40 Pfg. pro Tag und Kind berechnet, so würde dies für je 100 Kinder eine Minderausgabe von ca. 1000–1200 M. bedeuten. Die Ersparnis ist aber meist eine noch bedeutendere. Ich habe, um die Verwaltungskosten reichlich zu decken, nur 40 Pfg. eingesetzt.

Digitized by Google

evident ist, dass man behaupten kann, dass man schon aus ökonomischen Gründen allein überall dahin streben sollte, das System der eigenen Erholungsheime einzuführen.

Es ist daher auch nicht zu verwundern, dass man in vielen Städten Deutschlands eigene Heime für die in Rede stehenden Kinder erbaut hat, Es existieren deren in Deutschland jetzt über 30; in den bereits bestehenden hat man in jeder Richtung gute Erfahrungen gemacht, in den einen bessere als in den anderen, was ja von zufälligen Umständen — den zur Verfügung stehenden Baumitteln, der mehr oder minder zweckmässigen Einrichtung und Beaufsichtigung u. a. m. — abhängt.

Wenn es vielleicht auch aus verschiedenen Gründen zweckmässig erscheinen dürfte, den einzelnen Vereinen, die sich seither mit diesen Dingen befasst haben und sachkundige und erfahrene Leute besitzen, die Leitung auch der Ferienheime und die Aufbringung der Mittel zum Betrieb derselben im grossen Ganzen der Privatwohltätigkeit — im Verein mit Kommunen, Kreis-Provinzialkassen etc. — zu überlassen, so ist die Aufbringung der Mittel zur Erbauung solcher Häuser durch Privatwohltätigkeit, wie auch vielfache Erfahrungen gelehrt haben, doch eine durchaus prekäre Sache. Zufälligkeiten, mit denen man fast immer bei der Heranziehung der Privattätigkeit zu rechnen hat, müssen hier ausgeschaltet werden. Es müssen hierzu Mittel aus öffentlichen Fonds, billige Anteile aus Landesversicherungsanstalten u. dgl. m. herangezogen werden.

Man hat sich vielerorts darauf versteift, die Heime in Elevationen von 6—800 Metern zu erbauen. Ich halte das für unsere Zwecke nicht für vorteilhaft, im Gegenteil für einen Fehler. Durch den schwierigen Transport der Baumaterialien in eine solche Gebirgslage hinein wird die Erbauung der Heime schon sehr verteuert, ebenso die Bewirtschaftung solcher Heime durch den Transport der Nahrungsmittel, deren Zufuhr in derartig hohe Lagen namentlich bei ungünstigen Witterungsverhältnissen oft sehr erschwert ist. Ärztliche Hilfe in Krankheitsfällen ist ebenfalls schwerer zu erlangen. Schwächliche und kränkliche Kinder haben derartige hohe Lagen garnicht nötig. Gute reine Waldluft in mässiger Höhenlage ist Haupterfordernis für solche Kinder. Ein Hauptvorteil der mässig hohen Lage ist aber der, dass man die Heime fast das ganze Jahr hindurch zur Aufnahme der Kinder offen halten kann (weswegen ich auch für unsere Häuser den Ausdruck „Ferienheime" vermeiden und anstatt dessen „Erholungsheime" setzen möchte). Wenn die Heime nur während einiger Monate belegt sind und die übrige Zeit des Jahres leer stehen, so sind es verhältnismässig kostspielige Anlagen. Von vielen Seiten wird über den guten Verlauf von Winterkuren berichtet.

Allerdings müssen dann die Heime Einrichtungen verschiedener Art erhalten, die über dasjenige, was in den Sommermonaten genügt, hinausgehen. Es müssen z. B. einige Räume heizfähig eingerichtet, das Inventar des Hauses an Wäsche und Kleidern auf eine Höhe gebracht werden, die den niederen Temperaturen der Aussenluft entspricht u. a. m. Die Einrichtung der dauernden Belegung derartiger Heime kollidiert nicht mit der Schulpflicht; handelt es sich doch dabei um die Herausnahme von durchschnittlich nur 3—4 Schulkindern je einer Klasse auf einige Wochen, und noch dazu um solche, die durch ihre Kränklichkeit den Lehrern recht oft zu schaffen machen, öfters die Schule versäumen müssen etc.

Digitized by Google

Noch einige Worte über die Auswahl der Kinder, mit denen solche Erholungsheime belegt werden sollen. Es sind dies in erster Reihe die kränklichen und schwächlichen Kinder der Armen, die am meisten erholungsbedürftig sind. Ich glaube aber, dass wir den Kindern der Kleinbauern, der kleinen und mittleren Beamten, der einfachen Gewerbs- und Arbeitsleute, des weniger gut und mittelgut situierten Kaufmanns etc. — überhaupt des Mittelstandes — ebenfalls aufzuhelfen verpflichtet sind. Derartige Leute, die nicht ganz mittellos, aber meist nicht imstande sind, ihre schwächlichen und kränklichen Kinder auf einige Wochen zur Erholung fortzuschicken — einerseits erfordert dies zu viele Mittel, andererseits können sie sich nicht so lange freimachen, um mit ihren Kindern wegzugehen —, werden mit Freuden die Gelegenheit ergreifen, die wir ihnen für ihre Kinder in unseren Erholungsheimen darbieten, wenn es sich darum handelt, denselben Kräftigung angedeihen zu lassen. Das Opfer der Erstattung der Auslagen für die verpflegten Kinder werden sie gerne tragen und auch leisten können. Vielen Familien des Mittelstandes würden auf diese Weise sehr schwere Sorgen abgenommen, denn es ist nicht zu verkennen, dass derartige Kinder oft schlimmer daran sind, als die schwächlichen und kränklichen Kinder der Armen.

Mutterschaftsversicherung.

Von Dr. A. Kühner (Coburg).

Vier Leistungen fordert P. Mayet im Interesse der Gesundheit des kommenden Geschlechts als eine Erweiterung der bestehenden sozialen Versicherung durch Eingliederung einer Mutterschaftsversicherung.

1. Unterstützung der Schwangeren auf 6 Wochen und
2. der Wöchnerinnen auf weitere 6 Wochen, beides in der Höhe des Krankengeldes,
3. freie Gewährung der Hebammendienste und der ärztlichen Behandlung der Schwangerschaftsbeschwerden sowie ferner
4. Gewährung von Stillprämien in Höhe von 25 Mark an diejenigen Mütter, welche nach 6 Monaten noch stillen und von weiteren 25 Mark an solche, die nach einem vollen Jahr noch stillen.

Das Einsetzen der Unterstützungen schon vor der Geburt mit den letzten Wochen der Schwangerschaft findet seine Begründung darin, dass schwere Erwerbsarbeit kurz vor der Geburt die Mutter gesundheitlich schädigt und das Kind schon vor der Geburt schwächt. Dr. Leppmann-

*) Nach einem in der Gesellschaft für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik sowie in der I. Generalversammlung des Bundes für Mutterschutz am 14. Januar 1907 von Prof. Dr. P. Mayet gehaltenen Vortrag sowie nach anderem zu benennenden Quellenoriginal bearbeitet.

Digitized by Google

Berlin fand, dass das Durchschnittsgewicht der Kinder von Erstgebärenden, die bis zur Entbindung arbeiteten, 360 Gramm geringer war als das der Kinder von Erstgebärenden, die 2—3 Monate vorher die Arbeit aufgegeben hatten. Die Schädigung durch die unzweckmässige Weiterführung der Erwerbsarbeit tritt klar zutage. Hierin dürfte ein genügender Antrieb liegen, die Schwangernunterstützung, welche in dem gegenwärtigen Krankenversicherungsgesetz eine zulässige Mehrleistung der Kassen ist, zu einer allgemeinen gesetzlichen Leistung zu machen.

Nur ein Teil der in der Krankenversicherung befindlichen Frauen erhält in der schweren Zeit nach der Niederkunft Unterstützung nach dem gegenwärtig noch geltenden Gesetz. Der in der Gemeindekrankenversicherung versicherten halben Million Frauen ist diese Unterstützung gänzlich versagt. Weshalb? Wird ihnen das Gebären leichter? Sind ihre Wehen weniger schmerzhaft? Sind sie von den Schwächezuständen ihres Geschlechts nach der Geburt ausgenommen? Oder sind sie etwa in so glänzenden Verhältnissen, dass sie nicht der Erwerbsarbeit bedürfen?

Die freie Gewährung der Hebammendienste an jede Schwangere der Kassenbevölkerung empfiehlt sich hygienisch. Gegenwärtig sind die freie Gewährung der Hebammendienste und die freie ärztliche Behandlung lediglich „zulässige" statutarische Erhöhungen und Erweiterungen der Leistungen der Krankenkassen.

Eine Begründung der Aufnahme von Stillprämien in den Rahmen der sozialen Versicherung kann in einem Blatte unterbleiben, welches die lebenswichtige Bedeutung des Selbststillens für Mutter und Kind so oft und zur Genüge hervorgehoben hat. Hier nur Argumente aus der neuesten Literatur. Versuche von Seiffert, Brüning, Moro u. a. an Menschen und Tieren haben erwiesen, dass die Ernährung jugendlicher Säuger mit artfremder*) Milch minder Günstiges leistet, als mit Milch der gleichen Art, bezw. Schaden verursacht. Über die schädlichen Folgen künstlicher Ernährung äussert sich H. Helbich in einer soeben erschienenen Inaugural-Dissertation folgendermassen:

Erhält der Neugeborene die Mutterbrust, so wird in der Regel der von Natur kräftige, gesunde um so besser gedeihen und um so kräftiger werden; aber auch dem schwächlicheren ist natürliche Ernährung von grossem Nutzen, indem sie ihm Gelegenheit gibt, sich zu kräftigen. Muss hingegen der Säugling die Mutterbrust entbehren und sich dann mit unzweckmässigen Ersatzmitteln begnügen, so zeigen sich die schädlichen Folgen hiervon nicht nur bei dem schwächlichen, sondern auch bei dem gesunden. Die schwächlichen, weniger widerstandsfähigen Säuglinge fallen zum grossen Teil der unnatürlichen Ernährung zum Opfer, und die kräftig geborenen werden bisweilen schon nach wenig Wochen atrophisch und unterscheiden sich dann in nichts von den schwächlich geborenen. „Die Entwicklung des Neugeborenen ist", wie

*) Von Hamburger geprägtes Wort. Vergl. auch Pfaundler „über Wesen und Behandlung von Ernährungsstörungen im Säuglingsalter" sowie meinen Beitrag im „Kinder-Arzt", Heft 10 d. J.

Digitized by Google

Seiffert*) hervorhebt, „viel weniger von der ihnen innewohnenden Lebenskraft abhängig, als davon, in welche Umgebung sie bei der Geburt hineingeraten und davon, welche Nahrung, welche Pflege ihnen diese Umgebung zukommen lässt." Es ist daher nicht zu verwundern, dass die schädlichen Einflüsse, welche die Gesundheit des Säuglings mehr oder weniger schwächen und zu einer ganzen Reihe von Krankheiten disponieren, auch in den folgenden Kinderjahren, ja für das ganze Leben sich fühlbar machen können. Mit Recht sagt Seiffert, indem er hinweist auf die häufigsten pathologischen Zustände, wozu durch die künstliche und überhaupt unzweckmässige Ernährung im Säuglingsalter gewissermassen der Keim gelegt wird: „Dass aber diese Nachwirkungen zu einem sehr erheblichen Teile in der Blutarmut, Rhachitis mit ihren nachbleibenden Veränderungen im Bau und in der Funktion des Knochengerüstes, welche besonders für die Kreislaufs- und Atmungsorgane gefährlich sein können, in der Skrofulose und in sehr wahrscheinlich anderen zurzeit noch nicht definierbaren Deteriorationen der physischen Konstitution bestehen, ist erwiesen, wenn es auch, da hier die Mortalitätsstatistik des Kindesalters versagt, sich einem quantitativen, zahlenmässigen Nachweise entzieht."

Literatur.

Mutterschutz, Zeitschrift zur Reform der sexuellen Ethik. Herausgegeben von Dr. phil. Helene Stoecker. J. D. Sauerländer Verlag, Frankfurt a. M. 3. Jahrg. 1907, Mai- und Juniheft.

Mutterschaftsversicherung. Von P. Mayet sowie von demselben: Umbau und Weiterbildung der sozialen Versicherung. Abgedruckt in der von Dr. R. Lennhoff herausgegebenen „Medizinischen Reform, Wochenschrift für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik."

Ist hohe Säuglingssterblichkeit eine Auslese im Darwin'schen Sinne? Inaugural-Dissertation. Von Hans Helbich, Volontär-Assistent am Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus zu Berlin. Greifswald, Buchdruckerei Hans Adler 1907.

Referate.

Über die therapeutische Verwendung des Tuberkulins im Kindesalter. Von F. Ganghofner. (Jahrb. f. Kinderheilkunde, 63. Bd., Heft 5.)

Bereits 1897 hatte Petruschky über günstige Erfahrungen mit einer Tuberkulinkur bei skrofulös-tuberkulösen Kindern berichtet. Es war ihm dabei, namentlich bei skrofulösen Kindern, nach Ablauf der erfolgreichen Tuberkulinbehandlung eine körperliche Entwicklung, eine von ihm

*) Säuglingssterblichkeit, Volkskonstitution, Nationalvermögen. Klinisches Jahrbuch, Band 14.

Digitized by Google

früher für unmöglich gehaltene völlige Änderung der Konstitution aufgefallen, ferner ein neuerdings über 1—2 Jahre sich erstreckendes Verschwinden der tuberkulösen Drüsenschwellungen. Die Behandlung Petruschkys geschah in Etappen, die sich über mehrere Jahre verteilten. Petruschky gelangte zu dem Schluss, dass erst mehrjährige Etappenbehandlung zum Ziele führe. Neben Petruschky ist es Heubner, der in seinem Lehrbuch bemerkt, in einer Anzahl von Fällen günstige Beeinflussung skrofulöser Prozesse durch Tuberkulinbehandlung gesehen zu haben. Auch Biedert empfiehlt die Tuberkulinbehandlung mit minimaler Anfangsdosis. Bemerkenswert sind die Angaben einiger Ophthalmologen über Heilungen von schweren tuberkulösen Augenerkrankungen bei Kindern durch systematische Tuberkulinkuren (Reunert, Hippel). Angeregt durch diese günstigen, wenn auch, in Erinnerung an die Tuberkulinperiode 1891, sehr spärlichen Erfahrungen versuchte es Ganghofner neuerdings mit der Tuberkulinbehandlung tuberkulöser Erkrankungen im Kindesalter, die er seit 1891 vollständig aufgegeben hatte. In der vorliegenden Arbeit berichtet nun Ganghofner über seine Erfahrungen an 12 Kindern, die er aus 36, mit probatorischen Tuberkulininjektionen behandelten Kindern für eine Tuberkulinkur ausgewählt hatte. Bezüglich der Details sei auf die am Schluss der Arbeit bildenden Krankengeschichten hingewiesen. Verwendet wurde von Ganghofner nur das alte Koch'sche Tuberkulin, da speziell das Neutuberkulin in seiner Wirkung grosse Schwankungen zeigen soll. Von der für die diagnostische Injektion gewählten Anfangsdosis von $^1/_{10}$ mg alten Tuberkulins ging G. infolge verschiedener Erfahrungen auf $^5/_{100}$ bis $^1/_{100}$ mg herunter, und er hält diese Vorsicht unter allen Umständen für geboten, auch gegenüber Binswanger, nach dessen jüngster Arbeit (Arch. für Kinderh. 1906) probatorische Tuberkulininjektionen bei tuberkulösen Säuglingen in der Anfangsdosis von 0,5 bis 1,0 mg als ungefährlich gelten sollen. Die eigentliche Tuberkulinkur begann mit 0,1 mg. Von hier stiegen die Dosen nicht um je eine ganze Einheit, sondern nur um Bruchteile einer solchen, also von 0,1 mg successive auf 0,12, 0,15, 0,18 mg usw., ganz nach der Art und Intensität der Reaktionen. Bei einer derartigen Dosierung sah Ganghofner nur ausnahmsweise grössere Temperatursteigerungen und eine nur mässige „Stichreaktion", niemals jene von Béla Schick beschriebene, hochgradig ödematöse Schwellung des ganzen injizierten Armes mit erysipelatöser Rötung und hochgradiger Empfindlichkeit. Anfangs am Vorderarm, wurde die Injektion späterhin stets nur in der Rückenhaut injiziert. Kam es überhaupt zu einer deutlichen Stichreaktion, so bestand sie zumeist nur in leichter ödematöser Schwellung mit oder ohne Rötung in der Ausdehnung von 3—4 cm und so geringer Empfindlichkeit, dass die Kinder im Schlaf wie sonst Rückenlage einnehmen konnten. Nach 24 bis 48 Stunden war die ganze „Stichreaktion" verschwunden. Wiewohl es dann und wann scheinen wollte, als ob bei dreisterem Vorgehen ein höherer Grad von Immunität erreicht werden könnte, immer wieder kommt Ganghofner dazu, für die Tuberkulinbehandlung im Kindesalter den Weg der „einschleichenden" Behandlung, den Goetsch, Möller und Petruschky konsequent eingehalten haben, als den richtigen zu halten, indem bei diesem Vorgehen am ehesten hohe Temperatursteigerungen vermieden werden. Bei der Mehrzahl der einzelnen Injektionen, welche 1—2 mal wöchentlich

Digitized by Google

vorgenommen werden, erhob sich die Temperatur innerhalb der folgenden 24 Stunden um einige Zehntel über 37° (Achselhöhlentemperatur), bei der Mehrzahl der Fälle im Verlauf der Tuberkulinkur nur 2—3 mal über 38°. Am wenigsten empfindlich zeigten sich zwei Fälle von chronischer Lungentuberkulose, häufiger waren höherer Temperaturanstieg und protrahierte Fieberreaktion nach kleinen und kleinsten Dosen bei skrofulösen Kindern mit eitriger Periostitis bezw. Spina ventosa. Die Stichreaktion fiel um so schwächer aus, je länger die Behandlung dauerte. Ein vollständiger Parallelismus zwischen Stichreaktion und Temperatur bestand nicht. Störungen des Allgemeinbefindens stellten sich nur ausnahmsweise, bei starker fieberhafter Reaktion ein. Im ganzen ergibt sich aus den ausführlichen Krankengeschichten, dass die Tuberkulinkur gut vertragen wurde und jedenfalls keine nachteilige Wirkung hatte. — Die Dauer der Tuberkulinkur schwankte bei den einzelnen Fällen zwischen einigen Wochen und Monaten, in einem Fall betrug sie ein volles Jahr. — Injizierte Kinder zeigten eine teilweise recht schöne Körpergewichtszunahme und eine Besserung des allgemeinen Gesundheitszustandes, wenn auch nicht in dem von Petruschky geschilderten Umfang. Aber ob der Krankheitsprozess selbst günstig beeinflusst wurde, will Ganghofner zweifelhaft erscheinen. Den Eindruck einer günstigen Beeinflussung des Krankheitsprozesses selbst hat Ganghofner nur in den 2 Fällen chronischer Lungen- bezw. Kehlkopftuberkulose und den beiden Fällen tuberkulöser Peritonitis konstatiert. Bei dem 6 3/4 Jahre alten Knaben mit chronischer Bronchitis und einseitiger Lungenspitzentuberkulose verschwand nach dreimonatiger Tuberkulinkur die Dämpfung und das Bronchialatmen, Gewichtszunahme 1,7 Kilo. — 29 Injektionen, Anfangsdosis 1/10 mg, Schlussdosis 5 mg. Bei dem 12jährigen Mädchen heilte die Kehlkopferkrankung nach dreimonatlicher Behandlung fast vollständig, die Veränderungen in den Lungenspitzen blieben bestehen, Gewichtszunahme 2,65 Kilo. In den beiden Fällen von tuberkulöser Peritonitis liess sich nach 5—11 wöchiger Behandlung bezw. 9—11 Injektionen in einem Fall vollständiges Schwinden des Aszites und der periumbilikalen Resistenzen, Aufhören des Fiebers konstatieren, während die Dämpfung über der Lungenspitze unverändert blieb, im andern Fall ebenfalls Schwinden des Aszites, der Pleuritis und des Fiebers. Bei den letzten Untersuchungen dieses zweiten Falles — 9 Jahre altes Mädchen — im Januar und Februar 1906 ergab sich, dass die Resistenzen im Unterleib vollkommen geschwunden waren, wie überhaupt das Kind vollkommen gesund erschien. — Ganghofner fordert am Schluss seiner Arbeit zu einer neuerlichen Prüfung des Tuberkulins bei infantilen Tuberkulosen unter den oben skizzierten Kautelen auf, u. a. auf die Tatsache sich stützend, dass z. Z. eine konstitutionelle Behandlung, eine klimatische Kur doch nur einer Minderzahl tuberkulöser Kinder in ausreichendem Masse zuteil wird.

Netter (Pforzheim).

Höchstgradiger septico-pyämischer Scharlach mit Ausgang in Heilung. Von E. Posselt (Wiener medizinische Wochenschrift 1907, No. 10).

Wegen des „ans Wunderbare grenzenden Heilerfolges“ möge die Geschichte dieses „desperaten Falles“ von schwerster klinischer Er-

Digitized by Google

scheinungsform in gedrängter Kürze mitgeteilt sein. Wir haben es mit einem im blühendsten Mannesalter stehenden Patienten zu tun, in dessen Familie Scharlach ausgebrochen war, wobei sich der Kranke bei der Pflege seines der Krankheit erlegenen Kindes Scharlach zuzog. Die ausserordentliche Schwere und Bösartigkeit der Krankheit dokumentieren die in rascher Reihenfolge eingetretenen, für allerschwerste, mit Septico-Pyämie verbundene Infektion sprechenden Erscheinungen: hochgradiges Fieber mit allgemeiner Schwäche und rasch eintretender tiefster Prostration, sehr starkes universelles Exanthem, das schon am Anfang des dritten Krankheitstages petechialen Charakter annahm und während der nächsten Tage zu enorm grossen, ausgedehnten, schweren Hautblutungen führte. Die septico-pyämische Natur spricht deutlich aus den klinischen Symptomen: heftigste Diarrhoeen, beträchtlicher Milztumor, schwerer Ikterus, Gelenkschwellungen, Benommenheit, Herzschwäche. Aus der Krankengeschichte geht nun hervor, dass trotz wiederholter universeller Ungt-Credé-Einreibungen und reichlicher Kollargolklysmen die Krankheit rapid fortschritt, sodass den behandelnden Ärzten der Kranke zeitweise den Eindruck eines moribunden machte. Die Wirkung des Moserschen Scharlachserums erschien dagegen den Ärzten derart prompt, dass sie dieselbe förmlich mit einem Experiment vergleichen möchten. Tatsächlich gewinnt man auch aus der Lektüre des Krankheitsberichtes den Eindruck, dass, wenn auch die erste Injektion des Serums nur temporären Nachlass einiger Symptome brachte und die Krankheit nach einer etwa 6—8 stündigen, sehr geringen Besserung noch einen Vorstoss machte, die zweite und dritte Injektion eine deutliche, unverkennbare Wendung des Zustandes herbeiführte und dass die Krankheit in unmittelbarem Anschluss daran in die Rekonvaleszenz überging. Als augenfälligste Wirkung dieser Behandlung erschienen den behandelnden Ärzten die schon beim blossen Anblick unverkennbare Besserung im Allgemeinbefinden, das Schwinden der Prostration, die Rückkehr der Körperkräfte, das Weichen der Benommenheit, rascher Rückgang des Ikterus, der Gelenkschwellungen, des Milztumors, der Hautblutungen, der peritonitischen Erscheinungen — Erbrechen, Singultus —, Hebung und Kräftigung der Herzarbeit, die sich im Nachlass und Schwinden der Cyanose, der Dyspnoë und im Verhalten des Pulses ausdrückte. „Die Tachykardie liess nach, die Arythmie schwand vollkommen, der Puls wurde kräftiger, der Blutdruck hob sich." Bei Betrachtung des Krankheitsverlaufes will es Ref. scheinen, als ob die Silbertherapie in diesem Falle wenigstens „nicht mit einer Komponente am Heilerfolge beteiligt wäre", es müsste denn sein, dass dieselbe günstigere Bedingungen für die nachherige Serumbehandlung schuf, den Boden sozusagen für diese urbar machte oder in kumulativer Weise eine Art Spätwirkung entfaltete, eine Annahme, deren Berechtigung Posselt selbst übrigens ganz dahingestellt sein lässt. Vielmehr ist der nach allem als überraschend und günstig zu bezeichnende Heilerfolg auch nach der Überzeugung Posselts in allererster Linie dem Moserschen Heilserum zuzuschreiben. (Mit umso grösserem Bedauern muss die Tatsache verzeichnet werden, dass das Mosersche Serum nicht jedem Arzt zur Verfügung steht. Wenigstens bekam Ref. anfangs März d. J. im Wiener staatlichen Serum-Institut den Bescheid, dass bis auf weiteres Serum nicht abgegeben würde. Ob sich seitdem darin etwas

Digitized by Google

geändert hat, ist Refer. zurzeit nicht bekannt. — Wie weit das Marpmann'sche Scharlachserum an dem günstigen Ausgang einiger schwerer Fälle bei kleinen Patienten mitgewirkt hat, lässt Ref. bis auf weiteres dahingestellt.) Netter (Pforzheim).

Larynx- und Trachealstenosen, mit besonderer Berücksichtigung eines durch Thymus-Exstirpation geheilten Falles. Von F. Theodor. (Jahrb. f. Kinderh. Bd. 63, Heft 5.)

Den 2 von König und Rehn beobachteten und mit Erfolg operierten Fällen von Trachealstenose durch Hypertrophie der Thymus reiht sich als dritter der in Theodors Klinik in Königsberg beobachtete und erfolgreich operierte an. Das 2 Jahre alte, bis 4 Monate vor der Aufnahme vollkommen gesunde Mädchen wurde wegen starker Dyspnoë und völliger Tonlosigkeit in die Klinik eingeliefert. Die Erkrankung war allmählich mit Heiserkeit aufgetreten, zu der sich trotz dauernder ärztlicher Behandlung immer mehr Atemnot in immer kleineren Zwischenräumen speziell beim Weinen und Schreien hinzugesellt haben soll. Zur Zeit der Aufnahme war die Atemnot fast andauernd geworden. Bei der Aufnahme bestand eine schwere Dyspnoe mit lividen Lippen, ängstlichem Gesichtsausdruck, tiefen speziell inspiratorischen Einziehungen mit horbarem Stridor, selbst bei ruhiger Atmung, Erscheinungen, die sich während der Untersuchung in einem Masse verstärkten, dass, wenn nicht rechtzeitig Hilfe geschafft wurde, der tödliche Ausgang zu befürchten stand. Die diagnostischen Überlegungen liessen von vornherein eine ganze Reihe von Möglichkeiten, Laryngitis acuta, ferner Rachitis, Pertussis, Tuberkulose, Syphilis, Infektionskrankheiten, Fremdkörper im Larynx, Glottisödem, chronische Laryngitis, sowie das Asthma nervosum ausschliessen und hatten zur Differentialdiagnose Tumoren innerhalb resp. ausserhalb des Larynx und der Trachea resp. die Posticuslähmung heranzuziehen. Da in dem vorliegenden Fall Inspiration wie Exspiration nicht behindert erschienen, so konnte eine Posticuslähmung ebenfalls ausgeschieden werden. Bei der täglichen Untersuchung des Kehlkopfes, die natürlich nur auf kurze Momente möglich war, wurde es nicht wahrscheinlich, dass Kehlkopfpapillome vorlagen. Blieb als letzte mögliche Ursache für eine allmählich auftretende Luftröhrenverengerung eine Vergrösserung der Thymus übrig. Zunächst wurde nun während 8 Tagen durch tägliche Intubation eine Erleichterung des schweren Zustandes herbeizuführen versucht. Die Intubation gelang leicht, der erhoffte Dauererfolg aber blieb aus. Die Stenose musste also unterhalb des Tubus, wahrscheinlich sogar hinter dem manubrium sterni liegen. Die darauf verstärkte Mutmassung einer Hyperplasie der Thymus führte zur Vornahme der Operation, zur Enukleation der Thymus, die von Dr. Erhardt ausgeführt wurde. Die Operation bot keine Schwierigkeiten. Nach Entfernung der Thymus, deren grösster Teil mit ihren beiden Spitzen ins Jugulum bei jeder Exspiration hervorgeschleudert wurde, lag die Trachea hinter dem Manubrium bis zur Bifurkation frei und wurde in ihrem anterio-posterioren Durchmesser deutlich fühlbar abgeplattet gefunden. Die Atmung schien nach der Entfernung der Drüse gleich frei zu werden, jedoch wurde, um bei eventueller Dyspnoe sofort tracheotomieren zu können, die Wunde nicht

Digitized by Google

genäht, sondern nur lose tamponiert. Das Präparat war eine 5 cm lange, fast 2 cm dicke und 4 cm breite Thymus von derber, und völlig harter Konsistenz. Wenige Stunden nach der Operation sass das Kind ohne Atembeschwerden spielend in seinem Bett. Zur Zeit der Abfassung der Mitteilung macht das Kind einen völlig gesunden Eindruck. Bezüglich der Frage, inwieweit man nach den bisherigen Erfahrungen zur Exstirpation der Thymus berechtigt sei, wie über die physiologischen Eigenschaften der Thymus verweist Theodor auf die in Langenbeck's Archiv erschienene, ebenfalls diesen Fall betreffende Arbeit Ehrhardts. (Bd. 78, Heft 3, 1905.) — (Mit Rücksicht darauf, dass, wie Ehrhardt versichert, Ausfallserscheinungen nicht aufgetreten seien, sei hier kurz folgendes erwähnt: In der Diskussion zu einem von Rehn auf dem letzten Chirurgenkongress über Thymusstenose und Thymustod gehaltenen Vortrage bemerkte König u. a., dass er die Totalexstirpation der Drüse verwirft, da ihre Funktion doch noch nicht festgestellt sei. König hat zweimal wegen Thymusstenose mit Erfolg operiert: einen neunjährigen Knaben, dem er im Alter von 4 Monaten die Thymus resezierte und zwar partiell. Da bei diesem Kinde im Operationsjahre eine schwere Rachitis einsetzte, glaubt König einen mutmasslichen Zusammenhang der Funktion der Thymus mit dem Knochenwachstum nicht von der Hand weisen zu sollen. Das zweite Kind war zur Zeit der Operation sieben Monate alt. Beide Kinder hatten schon bald nach der Geburt Atembeschwerden, die sich zu heftigen Anfällen steigerten. Es bestanden inspiratorische Einziehungen und keuchendes Exspirium; man fühlte die Thymus im Jugulum. König ist der Ansicht, dass eine mechanische Kompression der Trachea auf die zwischen ihr und dem Manubrium gelegene Drüse allein die Atemnot nicht erklärt, da im zweiten Fall auch die in der unteren Tracheotomie eingeführte Kanüle den Zustand nicht änderten. König glaubt vielmehr, dass der Druck auf die Nerven indirekt die Erscheinungen hervorruft. Übrigens hält König, wie Rehn auch, eine Totalexstirpation für unwahrscheinlich, dagegen soll der linke Lappen leicht zu enukleieren sein, aber, wie Rehn hervorhob, nur nach Spaltungder festen, fibrösen Kapsel, die die Thymus überzieht, welche bindegewebige Septa in die Substanz der Drüse entsendet. Eine extrakapsuläre Exstirpation hält Rehn für unmöglich. Und in manchen Fällen soll auch die intrakapsuläre Enukleation noch Schwierigkeiten machen. Auch Rehn vertrat die Ansicht, dass man nicht die ganze Drüse zu entfernen braucht, dass es vielmehr auch genügt, Teile derselben zu enukleieren. Der Enukleation des linken Lappens fügte König in seinem zweiten Fall, weil sie noch nicht völlig genügte, eine bogenförmige Resektion des manubrium sterni hinzu, wodurch ein freier Zugang ins obere Mediastinum geschaffen und eine weitere Kompression der Trachea unmöglich gemacht wird. Dieses Verfahren, zusammen mit Abtragung des oberen Zipfels der Thymus, möchte König am meisten empfehlen. Dass übrigens die stenotischen Erscheinungen durch eine mechanische Kompression der Trachea infolge persistierender Thymus bedingt sein können, scheint aus der Tatsache hervorzugehen, dass Rehn 28 mal bei Sektionen Druckmarken an der Trachea gefunden hat, welche von der Thymus herrührten. Die am meisten dem Druck ausgesetzte Stelle der Trachea ist nach ihm da gelegen, wo die Thymusdrüse von der Arteria anonyma

Digitized by Google

gekreuzt wird. Die Stenose bei Druck ist meist eine inspiratorische, wie bei der Inspiration die Drüse tief in den Thorax eingezogen wird und alsdann raumbeengend wirkt. Es gibt aber auch Fälle, wo die Thymus fest auf einer Stelle der Trachea lastet, und endlich eine dritte Art von Fällen, wo es zu einer Bewegung des Mediastiums kommt. Diese letzteren Fälle kommen meistens durch akute Anschwellung der Thymus infolge passiver Hyperämie zustande.) (Anm. d. Refer.)

Netter (Pforzheim).

Über eine Epidemie von hysterischem Laryngismus. Von H. Haase. (Wiener med. Pr. 1906, No. 22.)

Von den 36, im Alter von 6—12 Jahren stehenden Mädchen des nach den bewährtesten Prinzipien der Hygiene erbauten Waisenhauses im XIX. Bezirk in Wien erkrankten gegen Ende März 1906 etwa ein Dutzend an Husten, dessen Heftigkeit im Verlaufe einer Woche bei drei Insassen den Verdacht auf beginnende Pertussis rege machte.

Trotz Isolierung dieser war in wenigen Tagen die Zahl der sehr kräftig hustenden Kinder auf das Doppelte angestiegen. Es kam hinzu, dass im Bezirk wie in ganz Wien viele Fälle von Pertussis auftraten, dass in der Familie eines der zuerst an Husten erkrankten Kinder ein Fall von Keuchhusten vorgekommen war. Es wurde von den erkrankten Kindern über Schmerzen in der Brust geklagt, ferner über grössere Mattigkeit, einzelne suchten bei den starken Anfällen Stützpunkte, es wurde auch von einzelnen erbrochen, aber die charakteristischen Reprisen, das sogenannte Ziehen, blieb vollkommen aus und die katarrhalischen Erscheinungen an der Konjunktiva, das bei jungen Kindern häufige Zungenbandgeschwür fehlten ebenfalls. Bei allen zessierte der Husten nachts oder er hörte beim Erlöschen des elektrischen Lichtes auf. Im Hause stieg die Zahl der vom Husten ergriffenen Kinder gleichmässig mit der Verminderung der Zahl jener an, die am Schulbesuch noch teilnehmen durften. Die 7 verschont gebliebenen Kinder rekrutierten sich aus den meist älteren, welche im Hause schon mithalfen und tagsüber körperlich ziemlich beschäftigt waren. Bei einem der Kinder nahmen nur die Hustenanfälle einen bedenklichen Charakter an, indem sie an Häufigkeit und Intensität beträchtlich zunahmen und sich allmählich in rhythmische, bellende oder heulende Töne umwandelten. Im Laufe weniger Stunden hatte sich dieses Heulen, wie ein wirkliches Kontagium um sich greifend, auf etwa 20 Kinder verbreitet. Der Husten war von nun ab gänzlich verschwunden. Während der Nacht vom 10. auf den 11. April hatten die Anfälle völlig zessiert, um an diesem Tage, vom Morgen bis zum Abend sich steigernd, mit Einbruch der Dunkelheit ihren Höhepunkt zu erreichen.

Beklemmungen in der Herzgegend, grosse Schwächezustände und Mattigkeit waren bei manchen die Begleiterscheinungen. Die objektive Untersuchung des Herzens ergab in keinem Falle abnorme Störungen. Auffallend war es, dass eine Steigerung aller Zustände in dem Masse eintrat, als die Kinder sich von Arzt und Aufsichtspersonen beobachtet wussten.

Dass die Epidemie rein hysterischer Natur war, wurde durch den eklatanten Erfolg der von Kassowitz, der als Consiliarius berufen worden

Digitized by Google

war, inaugurierten psychischen Beeinflussung bewiesen: mit Ausnahme eines einzigen Kindes, das noch ab und zu die tierischen Töne ausstiess und auf energisches Ermahnen auch sofort damit aufhörte, war am andern Tag weder von Heulen, ernsten nervösen Störungen irgendwelcher Art eine Spur zurückgeblieben und der Husten hatte ebenfalls wie mit einem Schlage aufgehört. — Von sämtlichen, an der Epidemie beteiligten Mädchen war nur ein 15jähriges seit $^3/_4$ Jahren menstruiert, bei den übrigen, 11—13 Jahre alten, konnte kein Zusammenhang der Affektion mit beginnender Pubertät konstatiert werden. Eine neuropathische Belastung bestand bloss bei einer Kranken. Dagegen stand die Hälfte der Kinder unter dem Einfluss tuberkulöser Belastung, ein von Duboisin für wichtig gehaltenes Moment, aber die Kinder waren dank der hygienischen Einrichtungen des Hauses überwiegend gut genährt und gut aussehend, durchschnittliche Gewichtszunahme pro Halbjahr 3—5 kg. — Auch keineswegs schulüberbürdet. Eher ist Haase geneigt, der durch die Schulferien bedingten Arbeitslosigkeit, der Langeweile, dem Nichtstun bei der längeren Dauer des stetigen Zusammenseins einen disponierenden Einfluss zu jener durch „contagion nerveuse" geschehenen Verbreitung zuzuschreiben. Verfasser ist wenigstens überzeugt, dass zur Verhütung von Rezidiven die sofortige Aufnahme aller Arbeiten, des Schulbesuchs etc. nach eingetretener Ruhe viel beigetragen hat. Zu den therapeutischen Massnahmen gehörte u. a. auch ein ermüdender Ausflug, den auch schon Briquet in einem Fall hysterischer Schreikrämpfe mit Erfolg benutzte, indem er eine Patientin, die sich vor Beobachtern genierte, durch die frequentiertesten Strassen von Paris führen liess. Die Angst vor einem Spektakel soll wenigstens die Heftigkeit und Häufigkeit der Anfälle herabgemindert haben.

Netter (Pforzheim).

Zur Therapie der Larynxpapillome. Von Zuppinger. (Ber. der Gesellsch. für innere Medizin und Kinderh. in Wien 1907, Beil. XI.)

Autor empfiehlt hierzu das endolaryngeale Verfahren mittelst des Löri'schen Katheters und gibt auf Grund des Literaturstudiums und eigner Erfahrungen und Erwägungen folgende therapeutische Richtschnur: „die Laryngotomie und Tracheotomie ohne endolaryngeale Eingriffe sind als prinzipielle Verfahren in der Therapie der Larynxpapillome unbedingt zu verwerfen und nur die endolaryngealen Operationsmethoden je nach Ausführbarkeit zu wählen, unter denen besonders im frühen Kindesalter die Löri'sche wegen der Einfachheit, Ungefährlichkeit und Sicherheit des Erfolges am meisten zu empfehlen ist. Als Notoperation soll die Intubation soweit als möglich die Tracheotomie ersetzen. Auch bei nicht stenosierenden Larynxpapillomen sind rechtzeitig die schonendsten therapeutischen Eingriffe indiziert."

Baron (Dresden).

Die Säuglingsfürsorge in Karlsruhe. Von Behrens und Schiller. (Zeitschrift für Säuglingsfürsorge, Band I, Heft 6.)

Im Frühjahr 1905 wurde das „Komitee für Säuglingsfürsorge" gegründet, das seinen Zweck zunächst zu erreichen suchte 1. durch auf-

Digitized by Google

klärende Vorträge, 2. durch Abgabe guter roher Säuglingsmilch zu ermässigten Preisen bezw. umsonst, 3. durch Kontrolle der Kinder durch ehrenamtlich tätige „Schutzdamen", 4. durch ärztliche Behandlung kranker Säuglinge unbemittelter Eltern. Die letztere wurde durch die Stadtärzte in der Poliklinik des Krankenkassenverbandes im Rathause, auf Ersuchen auch in der Wohnung der Kinder ausgeübt und gilt — obwohl die Kosten die städtische Armenverwaltung trägt — nicht als Armenunterstützung. Im Jahre 1906 wurde beschlossen, um die Propaganda für das Selbststillen wirksamer zu gestalten, stillende Mütter zu unterstützen, zumeist mit Naturalien, in bestimmten Fällen auch mit Geld. Zur Kontrolle der stillenden Mütter, zur dauernden Überwachung auch der gesunden Säuglinge, zur fortdauernden mündlichen Belehrung und Beratung über Ernährungsfragen, zur rechtzeitigen Überweisung erkrankter Kinder in private ärztliche Behandlung wurde eine Beratungsanstalt errichtet. Seit Ende April bis Ende Dezember 1906 wurden 167 stillende Frauen unterstützt. Die Kosten betrugen 3335,56 Mark. Die Unterstützung wird in der Regel nur 6 Monate von der Geburt des Kindes an in 14 tägigen Anweisungen gewährt. Die Anschaffungskosten für die Beratungsanstalt betrugen ca. 160 Mk., die Betriebskosten rund 233 Mk., da die Stadt Logis, Möbel u. s. w. umsonst zur Verfügung stellte.

Aus den Einzelheiten seien nur einige hervorgehoben. Von 459 Kindern waren bei der Aufnahme noch an der Brust 130, bei Allaitement mixte 60, bei unnatürlicher Ernährung 269. 61 Kinder wurden nur einmal vorgestellt, sodass sich die folgenden Beobachtungen nur auf 368 Kinder bezw. noch weniger erstrecken konnten. Von den 459 Kindern haben überhaupt die Brust erhalten 318, davon 75 nur 1 Monat und weniger und 49 länger als 6 Monate; hierbei sind jedoch die im Allaitement mixte stehenden Kinder inbegriffen. Betreffs der während der Beobachtungszeit registrierten Erkrankungen bemerken die Verfasser, dass natürlich auch hier die Ernährungsstörungen den Hauptanteil ausmachten, danach folgten, wohl infolge des relativ kühlen Sommers, die Erkrankungen der Atmungswerkzeuge. Auffallend war die Zahl von Rachitikern bei den Brust- und Zwiemilchkindern. Die anamnestischen Erhebungen ergaben fast stets hereditäre resp. familiäre Disposition zu Rachitis und liessen den Schluss zu, dass der Ernährung bei dieser Konstitutionskrankheit keine wesentliche Bedeutung zukommt.

Zum Schlusse sprechen sich die Autoren dahin aus, dass ihre Absicht, durch fortgesetzte Kontrolle und Belehrung Ernährungsstörungen rechtzeitig zu verhüten und beginnende Erkrankungen alsbald ärztlicher Behandlung zuzuführen, zwar noch nicht ganz in dem ihrer Ansicht nach erreichbaren Masse infolge äusserer Gründe erfüllt werden konnte, dass aber der andere Hauptzweck, die Säuglingssterblichkeit in ihrem Wirkungsbereich einzuschränken, in befriedigendem Masse erreicht worden ist.

Baron (Dresden).

Die Abnahme der Säuglingssterblichkeit in Königsberg i. Pr.

Von Ascher. (Zeitschrift für Säuglingsfürsorge, Band I, Heft 6.)

Im Jahre 1902 wurde in Königsberg eine Änderung im Haltekinderwesen eingeführt, die kurz folgendes Verfahren ergab: das Standesamt

Digitized by Google

meldet möglichst sofort jede uneheliche Geburt an das Waisenamt. Dieses setzt sich durch eine Aufsichtsdame mit der Mutter in Verbindung um das Kind geeignet unterzubringen. Die Dame erstattet kurzen Bericht an das Polizeipräsidium, welches entweder daraufhin die Konzession erteilt oder, falls die Stelle als ungeeignet erscheint, den Kreisassistenzarzt um ein Gutachten ersucht. Ist das Kind untergebracht, so übernimmt eine „Bezirksdame" die Aufsicht, der Kreisassistenzarzt die Kontrolle. In bestimmten Abständen müssen die Kinder gewissen Ärzten vorgestellt werden.

Verlangt wird von der Haltefrau: ein besonderer Milchkochtopf, kurze Pfropfen, saubere Flaschen. In den 2 letzten Sommern wurde an einigen Stellen unentgeltlich Eis verteilt. Sehr geachtet wurde auf Brustnahrung. 1906 übernahmen den Dienst drei festbesoldete Damen. Ihnen und der regen Agitation der Ärzte gelang es, eine grosse Anzahl von unehelichen Müttern zum Stillen zu bewegen.

A. prüft nun auf Grund ausführlicher Tabellen, ob die verschärften Bestimmungen über das Haltekinderwesen von günstigem Einfluss gewesen sind und kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. Im letzten Jahrfünft ist für das ganze erste Lebenjahr die Abnahme der Sterblichkeit bei den Unehelichen nahezu doppelt so gross als bei den Ehelichen.
2. Diese Abnahme ist nicht vorhanden in der ersten Lebenswoche, auf die die Aufsicht keinen Einfluss hatte.
3. Sie betrifft nur die Darmkrankheiten und
4. ist hier aber doppelt so stark als bei den Ehelichen.

Man darf hieraus wohl den Schluss ziehen, dass die Aufsicht über die unehelichen Säuglinge es verstanden hat, diesen Kindern in höherem Masse die Wohltaten der Wohnungsverbesserungen zuteil werden zu lassen, als dies bei den ehelichen Säuglingen geschah und die Pflege dieser Kinder zu verbessern.

Selbstverständlich bleibt noch viel zu tun übrig, um die Säuglingssterblichkeit noch weiter herabzusetzen. Der Weg hierzu ist die Rückkehr zur Brustnahrung. In erster Linie ist es zu dem Zwecke nötig, die uneheliche Mutter für die erste Zeit nach der Entbindung vor Nahrungssorgen nach Möglichkeit zu bewahren. Hierzu hat das Gesetz die Handhabe gegeben, indem es den Schwangeren gestattet, eine Klage auf die zu erwartende Niederkunft hin anzustellen. Ferner kommt in Frage die Schaffung der Mutterschaftsversicherung und Stillprämien ev. mit Unterstützung der Provinzialdotationen und der Gemeinvermögen der Landesversicherungsanstalten. Baron (Dresden).

Die Prophylaxe akuter Ernährungsstörungen durch die Milchküchen. Von A. Orgler. (Zeitschr. f. Säuglingsfürs., Bd. 1, Heft 7.)

Die Beantwortung der Frage, ob die Abgabe von tadellos hergestellten Nahrungsgemischen imstande ist, die Säuglinge den ganzen Sommer über vor akuten Störungen zu bewahren, ist deshalb von Wert, weil die Erhaltung von Milchküchen nicht unerhebliche Mittel verlangt, die, falls die Milchküchen die an sie gestellten Forderungen nicht erfüllen, besser für andere Zwecke der Säuglingsfürsorge verwendet werden

Digitized by Google

können. A priori ist es wohl denkbar, dass die Nahrung aus mangelnder Intelligenz oder dergl. nicht sorgsam aufbewahrt wird oder bei den schlechten Wohnungsverhältnissen des Proletariats nicht dauernd kühl gehalten werden kann, sich daher zersetzt und dann ihrerseits auch Störungen hervorruft. Zur Entscheidung hat O. diejenigen Kinder der Breslauer städtischen Milchküche einer Prüfung in diesem Sinne unterworfen, welche von ihrem Eintritt in die Verpflegung durch die Milchküche dauernd bis Mitte Oktober 1906 die Nahrung von dort bezogen haben. Es blieben nach Ausschluss der nicht zu verwendenden Fälle 75 Kinder übrig. Von diesen erkrankten 31 = 41 Proz. bei Versorgung mit Nahrung aus der Milchküche an akuten Störungen. Diese verliefen meist ziemlich leicht und nur 7 = 9.3 Proz. sind während der Beobachtungszeit an den akuten Erkrankungen selbst oder an Sekundärinfektionen gestorben.

Ungünstiger wird das Gesamtresultat noch, wenn diejenigen Säuglinge ausgeschaltet werden, die erst zu Beginn der kühleren Jahreszeit, ca. von Mitte September ab, in Verpflegung der Milchküche kamen — 14 Kinder. — Diese, von denen 12 wegen akuter Störungen die Poliklinik aufsuchten, sind auch dann dauernd frei von Durchfällen geblieben, als sie von Mitte Oktober ab für einige Zeit keine Nahrung aus der Milchküche erhielten bezw. aus äusseren Gründen ausschieden.

Es bleiben dann 61 Kinder übrig, von denen 31 = 50 Proz. während der Versorgung mit Nahrung aus der Milchküche akute Störungen zeigten. Die Erklärung hierfür findet O. in der Tatsache, dass ein grosser Teil dieser Kinder (37) bereits durchfällig war oder an Durchfällen gelitten hatte, ehe er in die Michküchenpflege eintrat. Bei 26 von diesen (= 70 Proz.) traten auch während der Milchküchenperiode wieder akute Störungen ein, während von den 24 bisher gesunden Kindern nur 5 = 20 Proz. durchfällig wurden. Es scheint somit der erste Durchfall auch nach seiner völligen Abheilung einen günstigen Boden für weitere Ernährungsstörungen geschaffen zu haben.

O. zieht daraus den Schluss, dass die Milchküchen erst dann ihren Zweck in der gewünschten Weise erfüllen, wenn es gelingt, die Mütter daran zu gewöhnen, schon in gesunden Tagen die Nahrung von dort zu beziehen. Baron (Dresden).

Die Entstehung des Ikterus neonatorum. Von Knöpfelmacher. (Ber. d. Ges. f. inn. Med. u. Kdhlk. in Wien 1907 Beil. VIII.)

Nachdem die Lehre vom hämatogenen Ikterus als unhaltbar erwiesen worden war, galt besonders die Quincke'sche Theorie, welche dahin ging, dass aus dem Mekonium Gallensubstanzen direkt in die Blutbahn resorbiert wurden, als diejenige, welche am besten zur Erklärung dienen konnte. Aber auch gegen sie sprechen verschiedene Momente, so z. B. die Tatsache, dass Kinder, welche intra partum ihr Mekonium ausgestossen haben, doch ikterisch werden. Auch konnte K. nachweisen, dass der Ikterus noch dann zunimmt, wenn das Mekonium schon 24 bis 48 Stunden früher vollständig entleert war. Es entstand auch dann Ikterus, wenn durch hohe Eingiessungen mit sauer reagierendem Wasser, in dem Bilirubin unlöslich ist, das Mekonium gleich nach dem Geburts-

Digitized by Google

akte entleert wird und endlich widerspricht seiner Auffassung die Voraussetzung Quincke's, dass das Bilirubin aus dem Darminhalte nicht durch die Chylusgefässe, sondern direkt in die Blutgefässe aufgesaugt wird.

Aber auch die Vorstellung, dass der Ikterus neonatorum die Folge eines massenhaften Zerfalls roter Blutkörperchen während der ersten Lebenstage sei, kann nach den Befunden Cohnstein's und Zuntz's, die eine Steigerung, nicht aber eine Abnahme der Zahl der roten Blutkörper in jener Zahl erwiesen, nicht mehr aufrecht erhalten werden. Ebensowenig ist die Behauptung, dass eine aseptische Infektion die Ursache sei, stichhaltig, da eine grosse Menge völlig gesunder Kinder gelbsüchtig wird. Gegen die Hypothese Czerny's und Kellers, der Ikterus sei auf Bakterienerkrankung zurückzuführen, spricht das Fehlen einer Cholangoitis oder der Intoxikation.

Auf Grund seiner Untersuchung an 43 Kindern kommt K. zu der Überzeugung, dass ein mechanischer Austritt von Galle aus den Gallenkapillaren nicht die Ursache des Ikt. neonat. sein kann, da die sog. Eppinger'schen Schichten in den Kapillaren fehlen. Es handelt sich vielmehr um Resorption von Gallenbestandteilen bei intakten Gallengefässen; um Übertritt der Galle direkt aus der Leberzelle in die Blutbahn. (Ikterus per diapedesin.) K. fand ausser einer erhöhten Viscosität der Galle beim totgeborenen Kinde gegenüber dem einige Tage alten auch eine erhöhte Hyperämie der Leber bei den Neugeborenen, die jedenfalls mit den Störungen der plazentaren Zirkulation während der Geburt im Zusammenhange steht. Die durch die Viscositätsbestimmung wahrscheinlich gemachte gesteigerte Gallensekretion und die Hyperämie erklären auch die starken Erweiterungen und Schlängelungen der Gallenkapillaren, die der Autor gefunden hat. Die post partum reichlich gebildete Galle kann jedoch nicht genügend rasch abfliessen, weil die Gallenwege mit zäher Galle erfüllt sind. Die Leberzelle vermag wohl infolge der Zufuhr von viel Blut die gesteigerte sekretorische Arbeit einer vermehrten Gallenbildung zu leisten, sie vermag aber nicht den rein mechanischen Druck aufzubringen, um die Galle fortzubewegen. Dauert die Sekretion unter solchen Umständen noch weiter, kann die Galle nicht in die Kapillaren fliessen, dann tritt sie direkt aus der Zelle in das Blut resp. Lymphsystem über. Es kommt zum Ikterus.

Baron (Dresden).

Die Therapie des Trachoms (Conjunctivitis granulosa). Von Elschnig. (Med. Klin. 21. Juli 1907. — Medic.)

Für die Behandlung der erkrankten Bindehaut beim akuten Trachom empfiehlt sich die stündliche Einträufelung einer Lösung von Hydrarg. oxycyanat. 1 : 5000 und täglich dreimaliges Auflegen eines Eisbeutels. Prophylaktische Einfettung der Lidhaut mit 10 Proz. Zinksalbe. Bei stärkerer, schleimig-eitriger Sekretion täglich einmalige Überrieselung der Bindehaut mit 1 Proz. Silbernitratlösung. Jegliche lokale Anwendung von Kokain, besonders von Adrenalin, am Auge ist unbedingt zu verwerfen. Bei der chronischen Form ist die Entfernung der Trachomkörner Vorbedingung für die Heilung. Hierfür kommen zwei Methoden in Betracht: die Ausquetschung nach Knapp und die Ausschneidung der

Digitized by Google

Körner tragenden Partien der Bindehaut. Letztere ist nur dann angezeigt, wenn aus äusseren Gründen die niemals in ein oder zwei Sitzungen mit genügender Gründlichkeit vorzunehmende Ausquetschung der Körner nicht ausführbar ist, oder in jenen Fällen, in welchen es zu einer mächtigen bindegewebigen Verdickung der Bindehaut, und insbesondere des Knorpels, gekommen ist. Für die Nachbehandlung und Beseitigung vereinzelter Körner empfiehlt sich in erster Linie die Massage der Bindehaut vermittelst eines sterilen glatten Glasstabes. Bei intensiver Narbenbildung und dort, wo eine gute ärztliche Überwachung nicht möglich ist, soll der Kranke täglich oder mehrmals wöchentlich eine 5—10prozentigen Cuprum citricum-Salbe in die Bindehaut einstreichen. Das Tragen einer Schutzbrille ist Trachomkranken schädlich. Die Behandlung der wichtigsten Komplikationen des Trachoms, der Hornhauterkrankungen, gipfelt in der Behandlung der erkrankten Bindehaut. Nebenher kommen alle jene medikamentösen Massnahmen zur Anwendung, welche für Hornhauterkrankungen gebräuchlich sind. Bei frischen pannösen Veränderungen oder Geschwürsbildung bewährt sich der Gebrauch einer 10 Proz. Orthoformsalbe. Bei Geschwürsbildung ist Druckverband zu versuchen, jedoch nicht, wenn das Ulkus am Rande eines, das obere oder untere Segment der Kornea einnehmenden Pannus steht. Beginnende En- und Ektropien werden durch entsprechende Massage günstig beeinflusst.

Über ein lösliches Schwefelpräparat „Thiopinol" (Matzka) und die Tiopinol-Seife. Von E. Bäumer. (Ther. d. Geg. Heft 9, 1907.)

Man muss es als einen wesentlichen Fortschritt bezeichnen, dass es dem Bemühen des Chemikers Matzka geglückt ist, ein lösliches reizloses Alkali-Schwefelpräparat herzustellen, welches nicht so leicht wie gewöhnliche Sulfide und Polysulfide den Schwefelwasserstoff abspaltet. Das Präparat kommt unter dem Namen Thiopinol (Matzka) in den Handel, als Thiopinal-Bad, Thiopinal-Salbe und Thiopinal-Seife, mit 5 und 10 Proz. Thiopinol-Gehalt. Wie der Name andeutet, handelt es sich um eine Kombination von Alkali-Schwefel (in Gestalt von Sulfiden und Polysulfiden) mit ätherischen Nadelholzölen.

Verf. hat sich zunächst eingehend mit der Thiopinol-Seife beschäftigt.

Als Hauptanwendungs-Gebiete der Thiopinol-Seife ergaben sich ohne weiteres die Akne vulgaris und indurata, Rosacea und die Seborrhoea capitis.

Die einzelnen Krankheitsbilder der genannten Affektionen bieten für eine bloss schriftliche, nicht durch Abbildungen unterstützte Darstellung so wenig individuelle Unterschiede des klinischen Bildes, dass Verf. von einer Mitteilung einzelner Krankengeschichten absieht. Hervorheben möchte er nur, dass eine lokale Behandlung dieser Affektionen nur dann erspriesslich sein kann, wenn man nicht nur die Gesichtshaut, sondern auch den ganzen Organismus behandelt.

Es ist allbekannt, dass man bei Akne-Patienten mit Magenleiden oder habitueller Obstipation die Magen-Darmfunktion durch diätetische Massnahmen bezw. Abführmittel regulieren muss, weniger beachtet scheint dem Verf. die Tatsache zu sein, dass man bei einer ganzen Reihe von

Digitized by Google

Kranken, die an Akne, meist auch an Rosacea leiden, chronich kalte Füsse findet. In solchen Fällen hat Verf. ausser der lokalen Akne-Behandlung die mangelhaften Zirkulationsverhältnisse in den Extremitäten durch wechselwarme Fussbäder vor dem Schlafengehen sehr wirksam beeinflussen können.

Verfassers Versuche mit der Thiopinol-Seife wurden an 56 Kranken gemacht, überwiegend war die Akne vulgaris vertreten. Um sich von der Qualität der Seife zu überzeugen, hat Verf. zunächst selbst ein Stück derselben in Gebrauch genommen und konnte dabei ihre völlige Reizlosigkeit feststellen, ausserdem fiel ihm auf, dass die Seife im Gebrauch äusserst sparsam ist. Die chemische Prüfung mit Phenolphthalein ergab neutrale Reaktion.

In leichten Fällen von Akne vulgaris konnte er mit dem Gebrauch der Seife allein auskommen. Die Patienten wurden angewiesen, sich morgens und abends mit recht warmem Wasser und der Seife zu waschen, abends blieb der Seifenschaum auf dem Gesicht die Nacht über liegen.

Bei den stärker ausgeprägten Fällen genügte natürlich die zweimalige Seifenwaschung nicht, hier musste abends nach der Waschung eine der üblichen Schälsalben oder Schälpasten unter einer Flanell-Gesichtsmaske aufgetragen werden.

Bei diesem Verfahren (ohne die entsprechende Allgemeinbehandlung zu vergessen) gelang es stets, auch länger bestehende und zum Teil stark entstellende Akne-Erkrankungen zu beseitigen.

Nur zweimal hörte B. Patienten im Anfang über Brennen bei Gebrauch der Seife klagen, es trat aber bald eine Gewöhnung ein. Bei sehr spröder und trockener Haut musste er hin und wieder die Seifenwaschung nur einmal vornehmen lassen. Wiederholt gaben die Patienten ungefragt an, dass sie mit der neuen Seife zufriedener seien als mit den bisher gebrauchten Schwefelseifen.

In einigen Fällen von sehr starker Seborrhoe des behaarten Kopfes, bei denen man ohne eine 5- bis 10prozentige Schwefelpomade meist nicht zum Ziele kommt, hat Verf. an Stelle der unbequemen Pomade mit Vorteil die Thiopinol-Seife zu Kopfwaschungen benutzt, daneben liess Verf. ein Resorzin- oder Salizyl-Haarwasser gebrauchen.

Verf. kann seine Beobachtungen und Erfahrungen dahin zusammenfassen, dass sich die Thiopinol-Seife als eine reizlose Schwefelseife bewährt hat.

Die Löslichkeit des in der Seife enthaltenen Thiopinols (wovon man sich ohne Mühe durch Auflösung eines Stückchens der Seife in Wasser überzeugen kann) garantiert eine intensivere Schwefelwirkung, als dies mit den bisherigen Seifen möglich war. S.

Digitized by Google

Gesundheitspflege.

Auf dem zweiten internationalen Kongress für Säuglingspflege (Gouttes de lait) zu Brüssel (September 1907) wurden folgende Beschlüsse gefasst:

I. Das Arbeitsgebiet der Kongresse „Gouttes de lait" zu erweitern.

II. In ihr Programm alle Einrichtungen, Werke und Fragen aufzunehmen, die sich auf die ersten Lebensjahre beziehen und ihren relativen Wert zu studieren.

III. Von jetzt ab die Kongresse unter dem Titel „Kongress zum Schutze der Kindheit und ersten Lebensjahre" zu benennen.

IV. Stets in französischer Sprache, ohne Übersetzung, in welchem Lande auch die Kongresse stattfinden, den Ausdruck „Gouttes de lait" beizubehalten, welche Benennung man direkt hinter die erstgenannte Bezeichnung in derselben Schrift beifügen wird, zur Bezeichnung aller Kongresse, die von der internationalen Union zum Schutze der frühesten Kindheit ausgehen.

V. Dass die Einrichtungen zum Schutze der Kindheit der ersten Lebensjahre und insbesondere der „Gouttes de lait", eine gute Waffe im Kampfe gegen die Tuberkulose darstellen und als erste Handlung zur Lösung des Problemes der Prophylaxis der Tuberkulose angesehen werden können.

VI. Dass alle Länder, durch Unterstützung aller Städte und Gemeinden, alle nötigen Massnahmen ergreifen müssen, damit die unter dem Namen „Säuglingsmilch" verkaufte Milch einer strengen Kontrolle bei Produktion und Verkauf unterworfen werde. Auf dem Lande sollten die landwirtschaftlichen Vereine und freien Vereinigungen alle Milchproduzenten über die hygienischen Bedingungen der Produktion unterrichten und sie durch Prämien ermutigen; in der Stadt und auf dem Lande sollten Milchproduzenten, die Milch für Säuglinge verkaufen wollen, eine behördliche Genehmigung nachsuchen müssen; häufige Kontrollierung der Produktionslokalitäten ist Erfordernis und jede Übertretung der Vorschriften ist streng zu bestrafen.

VII. Die Einrichtungen der „Gouttes de lait", die gut organisiert, immer unter medizinischer Leitung stehen und von regelmässiger Konsultation für Säuglinge versehen sein sollen, sollen vermehrt werden, zum Frommen der von ihren Müttern genährten Kinder und derjenigen, denen diese vollkommene Ernährung abgeht.

VIII. Eine internationale Kommission, die von der internationalen Union zu ernennen ist, wird die besten Mittel studieren, um in allen Ländern eine Basis genauer und einheitlicher Statistik der Kindersterblichkeit zu finden.

IX. Die Studien in Bezug auf Analyse der Milch, Nährration der Säuglinge und die Frage spezieller Physiologie und Pathologie bei Neugeborenen sollen in allen Ländern übereinstimmend in derselben Richtung vorgenommen werden.

X. Der öffentliche und private Unterricht in Kinderpflege

Digitized by Google

und die Ausbreitung der Kinderhygiene sollen in den verschiedenen Ländern verstärkt werden.

XI. Die Verbreitung der Kinderhygiene ist nur unter der Bedingung möglich, dass der Unterricht der grossen Masse der Bevölkerung zugänglich ist. Der Ausgangspunkt für alle zur Bekämpfung der Kindersterblichkeit bestimmten Massregeln muss also der allgemeine und obligatorische Schulzwang sein. —

Dieser letzte Vorschlag ging von dem russischen Delegierten Winokorow aus, der energisch für Schulzwang eintrat; in Russland bleibe eine Bevölkerung von 80 Millionen in vollkommener Unwissenheit, die eine der Hauptursachen der hohen Kindersterblichkeit sei. — Der nächste Kongress findet 1910 in Berlin statt.

Kleine Mitteilungen.

Goldkorn, Nähr- und Kräftigungsmittel für Säuglinge, Kinder, Kranke und Genesende ist ein Malzpräparat in Mehlform, welches namentlich dadurch ausgezeichnet ist, dass in ihm eine grosse Menge direkt ausnutzbarer Nährstoffe in einer ohne umständliche Zubereitung verwendbaren Form dargeboten wird. Sehr zu statten kommt dem Präparate dabei der angenehme Geschmack, so dass es ohne Widerwillen gleichsam als Genussmittel genommen wird. Die glückliche Konstitution: hoher Gehalt an löslichen Kohlehydraten und die erheblichen Mengen verdaulicher Eiweisskörper neben den nötigen Mineralstoffen, unter welchen speziell die Phosphorsäure genannt sei, sicherte dem Präparate die günstigen Erfolge, welche es in der Praxis erzielt, so dass es zu den ersten Nährpräparaten zu zählen berufen ist, und die ernste Beachtung der Ärzte, welche es noch nicht kennen, verdient. Man wendet heute mit Recht sein besonderes Augenmerk den Malzpräpaten zu, und gerade hier ist Goldkorn berufen, eine Rolle zu spielen, da es lediglich aus gemälzten Halmfrüchten hergestellt ist ohne Verwendung irgend welcher Chemikalien oder Surrogate; ein reines Naturprodukt von hoher Nährkraft bei leichtester Verdaulichkeit. Goldkorn findet mit Vorteil Anwendung zur Ernährung von Säuglingen (namentlich in den heissen Sommermonaten) und Kindern jeden Alters, bei Stoffwechsel-Erkrankungen, bei Magen- und Darmkrankheiten, bei Blutarmut, Bleichsucht und allen erschöpfenden Krankheiten und bei Kräfteverfall infolge akuter oder chronischer Kranheiten. Auch bei Mastkuren wird es mit Erfolg zur Anwendung gebracht. Seine Verwendung wird begünstigt durch den billigen Preis: die Glaspackung von 400 g Inhalt kostet 1,50 Mark.

Verlag von Benno Konegen, Leipzig. — Druck von Julius Beltz. Hoflieferant, Langensalza

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Sanitätsrat Dr. Sonnenberger in **Worms.**

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

XVIII. Jahrg. **Dezember 1907.** **No. 12.** (216.)

Inhalt: Originalien: **Büttner,** Die Schwachbegabten an den höheren Schulen. 265. — **Rembe,** Über Spontanheilung eines Empyems. 272. — Referate: **Günther,** Seltene Formen der Diphtherie. 272. — **Philip,** Organisation und Zusammenwirken antituberkulöser Massnahmen. 272. — **Fabre** und **Thévenot,** Parenchymatöser Kropf bei Neugeborenen. 274. — **Klotz,** Säuglingsernährung mit Hanfsuppen. 275. — **Péhu,** Behandlung der Diarrhöen des ersten Lebensjahres mit Gelatinelösungen. 276. — **Deutsch,** Technische Einrichtungen zur Gewinnung guter Säuglingsmilch. 276. — **Schütte,** Isn, ein neues eisenhaltiges Stärkungs- und Kräftigungsmittel. 277. — **Schweitzer,** Therapie der Furunkulose und ähnlicher Hautkrankheiten. 278. — **Bürkner,** Alypin in der Ohrenheilkunde. 280. — **Schlick,** Die physiologische Nagellinie des Säuglings. 283. — Gesundheitspflege: **Frankenberg,** Der Alkoholgenuss der Schulkinder. 283. — Rezensionen: **Lange,** Behandlung der habituellen Skoliose durch aktive und passive Überkorrektur. 284. — **Bendix,** Lehrbuch der Kinderheilkunde. 5. Aufl. 285. — **Ellen Key,** Das Jahrhundert des Kindes. 285 — **Vogt,** Jugendspiele an den Mittelschulen. 285. — **Schill,** Dr. Becks therapeutischer Almanach für 1906, 2. Semester. 286. — **Marcinowski,** Im Kampf um gesunde Nerven. 286. — **Rodari,** Die wichtigsten Grundsätze der Krankenernährung. 286. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 287. — Kleine Mitteilungen. 288.

Nachdruck mit **genauer** Quellenangabe gestattet. — Separatabdrücke verboten.

Die Schwachbegabten an höheren Schulen.

Von Georg Büttner (Worms).

Das Hilfsschulwesen hat in den letzten 10 Jahren einen nicht zu unterschätzenden Aufschwung genommen, eine Entwickelung erfahren, wie man es ehedem nicht gehofft und erwartet hatte. Staats- und Kommunalbehörden, Ärzte und Lehrer, Theologen und Juristen, sie alle zeigen gleich reges Interesse für die weitere Ausgestaltung und Entwickelung. Waren es z. B. vor 10 Jahren, 1897/98, nur 52 Städte mit 202 Klassen und 4281 Kindern, oder 1900/01 90 Städte mit 389 Klassen und 8000 Kindern, so finden wir nach der neuesten Statistik am Schlusse des Schuljahres 1906/07 in Deutschland 324 Hilfsschuleinrichtungen mit 921 Klassen und 20151 Schulkindern. Insbesondere hat Preussen, das in den ersten Jahren etwas abwartend der Sache gegenüberstand, sich zuletzt

Digitized by Google

eifrig an die Einführung der Hilfsschulen gemacht. Es geht deutlich daraus hervor, dass wir beispielsweise dort vor 10 Jahren, also 1897/98 nur 29 Städte mit 109 Klassen und 2486 Kindern hatten, während es jetzt nach der neuesten amtlichen Statistik des Kultusministeriums, aufgestellt im Frühjahr 1907, 204 Hilfsschulen mit 623 Klassen und 13102 Kindern hat. Von den Grossstädten und allen mittleren Städten kann man sagen, ist keine mehr, welche nicht irgendwelche Hilfsschuleinrichtung getroffen hätte. Von den 40 Städten mit 100000 und mehr Einwohnern sind alle mit Hilfsschulen versehen, ebenso sämtliche 14 Städte mit 75000 bis 100000 Einwohnern. Unter den 34 Städten mit 50000 bis 75000 Einwohnern besitzen zur Zeit 24, unter den 18 mit 40—50000 Einwohnern 9, unter den 46 mit 30000 bis 40000 Einwohnern 30, unter den 38 mit 25000 bis 30000 Einwohnern 16, von sämtlichen 190 Städten mit 25000 und mehr Einwohnern 133. Ja selbst kleinere Städte haben sich bereits daran gemacht, Fürsorge für ihre schwachsinnigen Kinder zu treffen durch Einrichtung von entsprechenden Hilfsschulen oder doch wenigstens vom Hilfsschulklassen. Von Städten mit weniger als 25000 Einwohnern besitzen 67 Hilfsschulen und zwar von 52 Städten mit 20000 bis 25000 Einwohner 15, von den Städten mit weniger als 20000 Einwohner 52. Wie segensreich überdies auch die Hilfsschulen wirken und gewirkt haben, geht insbesondere aus dem Umstande hervor, dass nach der letzten Statistik, die vom Institutsvorsteher Winternann (Bremen), im Auftrage des Vorstandes vom Verbande der Hilfsschulen Deutschlands im Frühjahr 1907 veranstaltet wurde, durchschnittlich 70—80% vollständig erwerbsfähig und 15—20% teilweise erwerbsfähig wurden, während nur einige wenige Prozent erwerbsunfähig blieben. Nach der amtlichen preussischen Statistik sind in Preussen speziell gewesen: Vollständig erwerbsfähig 69,95%, teilweise erwerbsfähig 22,10% und erwerbsunfähig nur 7,95%.

Aus all diesen Tatsachen und Erwägungen heraus gewinnt das Hilfsschulwesen, die Fürsorge für die Schwachsinnigen und Schwachbegabten, und das damit in Zusammenhang stehende Prinzip der Differenzierung, das „Mannheimer Schulsystem", immer grösseres Interesse. Man zieht mit der Zeit die Kreise weiter und geht bereits daran, weitere Massnahmen zu treffen und andere Gruppen von Schwachbegabten und Minderwertigen zu berücksichtigen, das Augenmerk auf sie zu lenken, nämlich einmal auf die Schwachbegabten auf dem Lande und zweitens auf die Schwachbefähigten in den höheren Schulen Die Frage der Fürsorge für die ersteren, in kleineren Schulbezirken, wo also noch keine Hilfsschulen sind und wegen der hohen Ausgaben seither noch nicht errichtet werden konnten, ist soeben erst angeschnitten worden und somit zu einem aktuellen Thema geworden. Auf Anregung des Vorstandes des Verbandes der Hilfsschulen Deutschlands wird sie jetzt in Fachkreisen und Konferenzen beraten und wahrscheinlich auf die Tagesordnung des nächsten Verbandstages, der in Meiningen abgehalten wird, gesetzt werden, um hier eine ausführliche Erörterung zu finden. In einer späteren Arbeit werden wir Veranlassung nehmen, über diese wichtige Frage weiter zu sprechen und zu referieren.

Wenden wir uns vielmehr der zweiten oben angeführten Gruppe, den Schwachbefähigten an höheren Schulen zu. Wie verdienen sie unsere

Digitized by Google

Aufmerksamkeit. Fürwahr, wie viele Sorgenkinder gibt es da für Haus und Schule. Wie viele Kinder werden da, vielfach nur um den falschen Ehrgeiz der Eltern zu befriedigen, geopfert. Wie viele Kinder sind doch selbst beim besten Willen, bei Anspannung aller Kräfte nicht in der Lage, den an sie gestellten Forderungen in der höheren Schule zu genügen. Einer ausgedrückten Zitrone gleich, den Eltern zum Kummer und sich zur Last, fallen sie schliesslich in sich selbst zusammen. Welch saure Jugendjahre müssen gar vielfach manche Kinder durchmachen, und zuletzt kann der Wunsch der Eltern doch nicht erreicht, doch nicht erfüllt werden.

Es gibt eben unter den Schülern der höheren Schulen einen grossen Prozentsatz, der naturnotwendig eine besondere Behandlung erfahren muss. Denken wir nur einmal an die Kinder mit einseitiger Begabung oder an diejenigen mit Nervenstörungen aller Art, mit angeborener oder erworbener neuropathischer Konstitution oder auch an solche mit körperlichen Leiden und Defekten der Sinnesorgane, alles Umstände, welche die freie Entwickelung und Entfaltung der geistigen Fähigkeiten behindern. Ach, wie mannigfaltig ist das Schülermaterial. Unterziehen wir doch einmal die Schüler der höheren Schulen einer psychologischen Prüfung. Wie viele Kategorien könnten wir da unterscheiden, die eine besondere Berücksichtigung, eine individualisierende Behandlung erfahren müssten. Wie viele Übergänge und Zwischenformen, ohne gerade schwachsinnig zu sein, müssten berücksichtigt werden. Recht treffend wurde darüber z. B. auf dem ersten internationalen Kongress für Schulhygiene in Nürnberg 1904 gesagt: „Es ist gesagt worden, dass philologische und mathematische Begabung auf den höheren Schulen vorausgesetzt werden, während diese beiden Begabungen, wie die Erfahrung lehrt, sich gegenseitig fast immer ausschliessen. Schon durch diesen Umstand erscheinen viele in Wirklichkeit fähige Schüler den Anforderungen der Schule gegenüber als schwachbegabt. Da sind ferner die auf einem ausserhalb der Schule liegenden Gebiete, etwa der Kunst, der Technik, des Handels, besonders Veranlagten. Sie versagen in der Schule fast gänzlich. Auch gibt es geniale Naturen, die hoch und vielseitig begabt, doch die Anforderungen der Schule nicht zu erfüllen vermögen, weil die Eigenart ihres Geistes ein Einfügen in den Zwang der Schule nicht erlaubt. Eine andere Kategorie sind diejenigen, die man die Spätbegabten nennen könnte, weil ihre geistige Entwickelung spät, oft erst nach der Pubertät eintritt, Auch gibt es eine Anzahl von Schülern, die gut oder genügend begabt, kein ausreichendes Gedächtnis besitzen. Bei den enormen Ansprüchen, die die moderne Schule speziell an das Gedächtnis stellt, müssen sie der Schule gegenüber als Schwachbegabte bezeichnet werden. Eine andere Art von Unzulänglichen bilden die körperlich defekten, sei ihre Kränklichkeit durch die Schule oder durch andere Einflüsse erzeugt. Die Fehler der Sinnesorgane spielen hier eine grosse Rolle. Zu ihnen gesellt sich die Kategorie der geistig Schwachen leichten und leichtesten Grades. Bei manchen von ihnen zeigt sich die Schwäche auf moralischem Gebiet und macht sie träge, widerspenstig und pflichtvergessen. Eine grosse Gruppe bilden, insbesondere in den Grossstädten, die Neurasthenischen und Hysterischen, die sog. psychopathisch Minderwertigen, die durch ihre geistige Abnormität, ihre Unfähigkeit, die Aufmerksamkeit zu konzentrieren, durch Sprung-

Digitized by Google

haftigkeit des Denkens, leichte Ermüdbarkeit, Willensschwäche, abnorme Neigungen usw. verhindert werden, ihre Fähigkeiten zu verwerten."

Welches sind nun die Folgen dieses eigenartigen Schülermaterials, dieser mannigfaltigen Veranlagungen der Kinder, dieser Umstände, welche dringend eine Berücksichtigung erheischten? Fragen wir uns einmal, wie viele kommen von den höheren Schulen ohne Hindernisse, ohne Nachhilfe zum Ziele? Sehen wir uns nur einmal diesbezüglich um und halten uns eine einschlägige Statistik vor Augen. „In Preussen erhalten nur etwa 20% aller Schüler das Zeugnis der Reife, 40% das Zeugnis für den Einjährigendienst. Die übrigen 40% müssen die höhere Schule verlassen, ohne selbst das Einjährigenzeugnis, das für ihr ganzes späteres Leben bestimmend einwirkt, erreicht zu haben.

Ähnliche Verhältnisse finden sich überall. In Baden erreichten nur zirka 19%, in Schweden 25% das Ziel. Ausserdem aber wird sowohl das Einjährigen- als auch das Reifezeugnis zum grossen Teil erst in einem Alter erworben, das weit über das normale hinausgeht. Von 613 Untersekundanern der Berliner städtischen Gymnasien — und die grossen Städte haben nachweislich gegenüber den kleineren und kleinen Städten das intelligenteste Schülermaterial — standen nur 335 in normalem Alter von 15 Jahren, die übrigen 278, also zirka 43% waren 16, 17 und darüber. Von den preussischen Abiturienten sowohl der Gymnasien als auch der Realanstalten aber sind zirka 75% 19—21 Jahre alt und noch darüber, während das Normalalter 18 Jahre ist. In Berlin waren im Jahre 1902 in den städtischen Gymnasien 63%, in den Realgymnasien 71%, in den Oberrealschulen 77% der Abiturienten über 19 Jahre alt. In Baden brauchten im Jahre 1884 durchschnittlich 87% der Schüler mehr als die vorgeschriebenen 9 Jahre bis zum Abiturium. In Schweden beträgt das Durchschnittsalter der Abiturienten etwa $19\frac{1}{2}$ Jahre."

In der richtigen Erkenntnis all dieser Tatsachen und in anbetracht der guten Erfolge des Hilfsschulwesens und des Prinzips der Differenzierung, gehen neuere Bestrebungen dahin, in entsprechender Weise auch Fürsorge zu treffen für die Schwachbegabten und Schwachbefähigten der höheren Schulen.

Als einer der ersten, welcher dem Gedanken näher trat, muss wohl Sanitätsrat Dr. Benda (Berlin) bezeichnet werden. Schon 1892 schrieb er ausführlich über „die Schwachbegabten auf höheren Schulen" und forderte darin, man möge Sonderklassen für sie einrichten, wie die Hilfsschulen an den Volksschulen. Im Jahre 1904 wiederholte er diese seine Forderung auf dem ersten internationalen Kongress für Schulhygiene in Nürnberg, wo er einen Vortrag hielt über „Mass der Lehrpensen und Lehrziele an höheren Unterrichtsanstalten". Bei den sieben, seinem Referate zu Grunde liegenden Leitsätzen befasste er sich im 4. Leitsatz mit der hier fraglichen Sache und forderte: „So lange der Ausschluss vom höheren Unterricht eine soziale Degradation bedeutet, werden die Minderbegabten nicht an der höheren Schule fernzuhalten sein. Daher ist die Einrichtung von Hilfsklassen für Minderbegabte in den höheren Schulen wünschenswert, auch um den in jeder Beziehung zu verwerfenden sog. ‚Pressen' den Boden zu entziehen. In diesen Hilfsklassen müsste bei einem durch geringe Schülerzahl ermöglichten streng individuellen Unterricht ein Heranbilden des Schülers zu normaler Leistungsfähigkeit versucht werden." Im

Digitized by Google

Laufe seines Referates kommt er unter anderem besonders auch auf das Schicksal solcher Schwachbegabten, auf die Schädlichkeit der Pressen u. a. m. zu sprechen. Er sagt z. B. darüber: „Die Schicksale der Schwachbegabten in der Schule sind verschiedenartig. Zum Teil werden sie durch die seelischen Reizmittel der Schule: Erregung des Ehrgeizes, Bedrohung mit Strafe und Schande zu Leistungen angespornt, die weit über ihre Kräfte gehen; oder sie suchen als letzte Zuflucht eine sog. „Presse" auf. In dieser wird nun mit Hintansetzung aller hygienischen Gebote der Drill für das Examen bewerkstelligt. Und nicht nur ein Schaden in gesundheitlicher Beziehung ist zu befürchten, sondern auch ein moralischer für den bisher vielleicht Unverdorbenen. Denn nicht nur die geistig Schwachen, sondern auch die moralisch Schiffbrüchigen finden hier ein gastliches Obdach." „Ein grosser Teil der Schwachbegabten aber muss nach Jahren angeblicher Quälerei, unter andauerndem seelischen Druck verbracht, der ihnen die Kinderjahre verbittert, die Schule verlassen. Schon von den untersten Klassen an zeigt sich ein rapides Sinken der Schülerzahl; auf der grossen Heerstrasse der Schule bleiben rechts und links die Maroden liegen. Und als tief bedauerlich muss es angesehen werden, dass gerade die ethisch besten Elemente unter den Schülern am schwersten unter dem Zwiespalt zwischen Anspruch und Leistungsfähigkeit leiden. Fehlt es ihnen an der nötigen Begabung, so werden sie durch verdoppelten Fleiss und Pflichteifer das Fehlende zu ersetzen suchen, oft bis zur völligen Erschöpfung ihrer Kräfte, und das Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit wird mit schwerem Druck auf ihrer Seele lasten. Man sollte sich nicht durch den anscheinenden Gleichmut in ihrem Wesen über ihre wahre seelische Verfassung täuschen lassen; die Schülerselbstmorde aus gekränktem Ehrgeiz werfen ein grelles Licht auf Seelenzustände, die verborgen bleiben, wo sie nicht zur letzten Konsequenz führen."

Im gleichen Jahre, also auch 1904, trat demselben Gedanken näher Dr. Laquer (Wiesbaden) in der „Gesundheitswarte für die Schule", No. 2, durch seinen Aufsatz „Die Schwachsinnigen in den höheren Schulen". Nachdem er darin einleitend über die Nützlichkeit der Hilfsschulen gesprochen, kommt er auf die Notwendigkeit der Fürsorge für die Schwachbegabten an höheren Schulen zu sprechen und sagt: „Nicht bedacht von dieser segensreichen Fürsorge werden diejenigen Kinder, welche in den Vorschulen zu den höheren Lehranstalten ihren ersten Unterricht empfangen. Da die Imbezillität (der angeborene Schwachsinn) nicht nur bei den minderbemittelten, sondern auch in jenen bessergestellten Ständen, die ihre Kinder höheren Schulen zuzuführen pflegen, wenn auch vielleicht in geringerem Prozentsatz, vorkommt, so sollten auch hier für die kindlichen Träger dieser Defekte die gleichen oder ähnliche Einrichtungen vorhanden sein. Denn sie sind es, die in den Vorschulklassen jahrelang ohne Förderung sitzen, und mit Nachhilfe oder mit Nachsicht bei mehrmaliger Wiederholung der Klassen bis zur Unter- und Mittelstufe der Anstalten selbst mit durchgeschleppt werden zu ihrem eigenen Unheil und zum Schaden ihrer Klassengenossen.

Ein jeglicher weiss es, wie da Rücksicht geübt werden muss, und wie wenig gerade unter den gebildeten und begüterten Klassen die Eltern solcher Schüler Einsicht haben in die unterwertige Art ihrer Kinder, wie sie immer anderen äusseren Momenten, nicht der angeborenen Minderbe-

Digitized by Google

gabung, die Schuld zuschieben für deren mangelhaften Leistungen, die schon bei den geringen Anforderungen der Unterstufe zum Vorschein kommen.

Es herrschen hiernach unbegreifliche Vorurteile; man sieht es vielfach als eine Schande an, solche Kinder zu haben und bietet alles auf, nur um des Scheines willen, sie in den höheren Lehranstalten möglichst lange zu halten, anstatt sie rechtzeitig denjenigen Schulen zuzuführen, die ihrer geminderten Intelligenz angepasst sind." Nach seiner Meinung sollten Schularzteinrichtungen, wie sie sich an den Volksschulen bewährt haben, auf alle höheren Schulen übertragen werden. Dann könnte man viel zur Lösung einer der wichtigsten schulärztlichen Aufgaben an höheren Schulen beitragen, zur Fernhaltung der Schwachsinnigen von den höheren Klassen. Er führt darüber aus: „Durch die Mitwirkung von erfahrenen Schulärzten in den Vorbereitungsklassen bei der Feststellung der Imbezillität von Schulkindern würde manches Unglück in den Familien verhütet, manche krankhaft veranlagte Schüler-Individualität auf den richtigen Weg gebracht werden. Gewiss ist der Lehrer dazu in erster Linie berufen, er erkennt nach meiner Erfahrung solche schwere intellektuelle Defekte in weitaus den meisten Fällen schon einige Wochen oder spätestens einige Monate nach dem ersten Unterricht, auch ohne den Arzt. Aber es fällt ihm schon in den Volksschulen, viel mehr noch in den höheren Anstalten, sehr schwer, den Eltern sowohl wie den vorgesetzten Behörden zu beweisen, dass eine krankhafte Schwäche vorliegt, dass nicht etwa mangelndes Wollen des Schülers oder gar ein mangelhafter Unterricht die Schuld an den Minderleistungen trägt. Hier wird das Eingreifen des Arztes bei schwachsinnigen Realschülern und Gymnasiasten gerade so erspriesslich sein, wie bei den betreffenden Zöglingen der Volksschule.

Die Autorität des Arztes und seine, durch den Verkehr mit den Angehörigen von Kranken geübte Diplomatie werden in solchen Fällen viel leichter zum Ziele kommen, als die Strenge des Lehrers, dem viele Väter und Mütter in den Fragen der Befähigung einzelner Schüler leider mit Misstrauen gegenüberstehen."

Weiter meint Dr. Laquer, es sei dringend notwendig, etwa 2 Monate nach dem Schuleintritt eine genaue ärztliche Erstuntersuchung aller in die Vorschulen neu aufgenommenen Zöglinge dem „Gesundheitsschein" gemäss zu machen unter Berücksichtigung der Vorgeschichte über vorausgegangene Erkrankungen erheblicher Art, über Familienkrankheiten, ev. Tuberkulose, Geistesstörungen, Alkoholismus usw. Dann sollte vielleicht alle Vierteljahr eine Nachprüfung der körperlichen Verhältnisse der Schüler mit auffällig schwachen Leistungen und mit kränklichem Aussehen und schwächlichem Körperbau in den verschiedenen Vorklassen stattfinden. Sicherlich könnte dadurch viel für die frühzeitige Feststellung der Schwachsinnigen, sowie für ihre Aussonderung durch rechtzeitige Benachrichtigung und entsprechende Belehrung der Eltern erfolgen.

Im Januar d. J. forderte der bekannte Schulhygieniker, Herausgeber der „Zeitschrift für pädagogische Psychologie, Pathologie und Hygiene," Direktor F. Kemsies (Berlin) im Berliner Gymnasialverein die Einrichtung von Sonderklassen für Schwachbefähigte an höheren Schulen. Nach seiner Meinung würde es sich dabei insbesondere um solche Kinder handeln, welche nicht befähigt sind zur wissenschaftlichen Geistestätigkeit, oder um

Digitized by Google

solche, die einseitig begabt sind, oder auch um solche, die durch Nervenstörungen, angeborene oder erworbene neuropathische Konstitution, durch körperliche Leiden oder Defekte der Sinnesorgane an der Entfaltung ihrer Fähigkeiten gehindert sind.

Weiter kommt im Mai d. J. in Nummer 20 der „Umschau" Anstaltsarzt Dr. Lomer bei seinem Aufsatz über „Psychische Abnormitäten im Kindesalter" auf denselben Gegenstand zu sprechen. Er sagt: „Es werden in den Klassen eben nicht nur unbegabte Schüler als unwillkommene Last mitgeschleppt, sondern vielfach geradezu schwachsinnige Individuen, welche gar nicht an eine höhere Lehranstalt gehören, sondern in einfachere Lernverhältnisse." „Der gemeinsame Unterricht von Begabten und Unbegabten in einer Klasse wirkt auf die ersteren als Hemmschuh im Vorwärtskommen, auf die letzteren aber als eine Überanstrengung, welche um so nachhaltiger wirkt als sie eine dauernde ist."

Ganz neuerdings kommt noch einmal Sanitätsrat Dr. Benda in No. 6 der „Schulgesundheitspflege" auf die Sache zurück durch seine Arbeit „Sonderklassen für die Schwachbegabten auf den höheren Schulen." Zur Begründung führt er zunächst an, dass nach Professor Dr. Eulenburgs neuester Statistik über „Schülerselbstmorde" 25 % auf schwache Begabung zurückzuführen sind. Weiter sagt er, wie wir vorhin schon oben angeführt haben, dass in Preussen nur 20 % aller Schüler das Zeugnis der Reife und 40 % das Einjährigenzeugnis erhalten. Die übrigen 40 % kommen alle aus niederen Klassen zur Entlassung. Ferner erwähnt er das verspätete Alter, in welchem das Reife- und das Einjährigenzeugnis erworben werden, sowie den Umstand, dass 90 % aller Schüler Nachhilfeunterricht erhalten mussten. Das einfache Zurückweisen würde nach seinem Dafürhalten ein noch schlimmeres Übel zeigen, den gesteigerten Zulauf zu den „Pressen". Er kommt schliesslich zu dem Ergebnis, dass Abhilfe und entsprechende Fürsorge nur geschaffen werden könne durch Einrichtung von Sonderklassen.

Über die Organisation derselben macht er auch gleich nähere Vorschläge. Sie müssten Parallelklassen darstellen, etwa von der Quarta bis zur Untersekunda. Das Jahrespensum sollte auf $1\frac{1}{2}-2$ Jahre verteilt werden. Die Schülerzahl sei klein, die Unterrichtszeit verkürzt. Übertriebene Anspannungen des Ehrgeizes, Furcht vor Strafe etc. müssten fortfallen. Die Lehrer müssten die Individualität eingehend berücksichtigen, gegen häusliche Erziehungsfehler (ungeeignete häufige Vergnügungen, übermässige Lektüre) vorgehen u. a. m. Die Scheidung sei von Quarta ab vorzunehmen. Gegebenenfalls ist jedoch auch noch eine spätere Ausscheidung möglich und zulässig. Ein Zurückversetzen in die Normalklassen ist möglich. Selbstverständlich dürften für solche Sonderklassen nur Lehrer Verwendung finden, welche eine gründliche psychologische Bildung und eine gewisse Kenntnis der psychischen Krankheitsformen im Kindesalter betsizen.

Wie aus all dem Gesagen erhellt, liegt unstreitig ein Bedürfnis für irgendwelche Massnahmen vor, um so viele Sorgenkinder für Schule und Haus zu retten und der menschlichen Gesellschaft nutzbar zu machen. Das Prinzip der Differenzierung, diese Sonderklassen haben entschieden etwas für sich. Das Hilfsschulwesen und das „Mannheimer System" haben es ja durch ihre Erfolge gezeigt. Auch in den höheren

Digitized by Google

Schulen müsste es heissen, von einer gewissen Stufe ab werden die Schwachen ausgeschieden, sie erfahren eine besondere individuelle Berücksichtigung, sie werden in kleineren Klassen mit besonderem Lehrplan gesammelt, und sicherlich würde ein schönes Ziel erreicht werden.

Über Spontanheilung eines Empyems.

Originalmitteilung von Dr. J. Rembe (Ludwigshafen a. Rh.).

In der September-Nummer d. Zeitschrift kam eine Mitteilung von Spontanheilung eines Empyems bei einem Kinde. Ich halte derartige Fälle, die offenbar selten vorkommen, für sehr interessant und erlaube mir deshalb, eine einschlägige Mitteilung zu machen. Vor einigen Jahren kam ein Mann aus der Nachbarschaft mit seinem ca. 6 jährigen Kinde zu mir mit der Angabe, das Kind habe vor 6 Wochen eine Lungenentzündung überstanden, aber es fiebere abends immer noch und erhole sich nicht. Er möchte nun wissen, was die Ursache sei. Die Untersuchung ergab ein Exsudat, das etwa die Hälfte des Brustraumes ausfüllte. Die Probepunktion ergab Eiter. Daraufhin entliess ich den Mann mit der Weisung, er möge dem Kollegen auf dem Lande Mitteilung von dem Resultat der Probepunktion machen, und falls er es wünsche, käme ich zu der Operation, die absolut nötig sei. Da ich späterhin weiter nichts hörte, glaubte ich, das Kind sei von anderer Seite operiert worden. Einige Monate später begegnete ich den Mann zufälligerweise. Auf meine Frage, wie es dem Kinde ginge, sagte er, nach der Probepunktion habe das Kind zum ersten Male geschlafen, deshalb hätten sie gar nicht zum Arzte geschickt und jetzt sei es wieder ganz gesund. Ich sah nun die mir zugängige Literatur durch, fand aber nichts darüber. Bei einer persönlichen Rücksprache mit einem akademischen Lehrer wurde mir von letzterem gesagt, derartige Beobachtungen würden ab und zu gemacht, aber fast nur bei Kindern, wenn das Exsudat nach Lungenentzündung aufgetreten sei.

Referate.

Seltene Formen der Diphtherie. Von J. Günther. (Ztlblt. f. Bakteriol. 1907.)

Schödel hatte in einer Arbeit vom Jahre 1900 den Nachweis erbracht, dass bei Rachendiphtherie der Löffler'sche Bazillus nicht nur im Magen, sondern auch im Darm und den Faezes virulent vorkommt. Diese Beobachtungen wurden wenig beachtet und begegneten geringem Glauben: Man hielt es für wenig wahrscheinlich, dass die Bazillen der

Digitized by Google

Einwirkung des Magensaftes widerstehen sollten. Der von Günther beobachtete Fall ist geeignet, die Annahme eines Überganges von Löfflerbazillen aus dem Magen in den Darm zu unterstützen. Es handelt sich um ein 2 jähriges, an Masern-Diphtherie gestorbenes Kind, bei dem der Pharynx in Abheilung begriffene, kleine diphtherische Ulzerationen aufwies. In den unteren Teilen des Duodenum und noch im Rektum waren die Schleimhäute ulzeriert, die Geschwürchen von diphtherischen Membranen bedeckt, und in ihrer histologischen Struktur völlig diphtherischen Ulzerationen gleichend. Die Schnitte enthielten zahlreiche Bazillenhaufen, die alle Charaktere des Löffler'schen Bazillus hatten, deren Virulenz auch die Kulturversuche bestätigten. Verf. zitiert dann noch einen zweiten Fall von abnormer Lokalisation des Diphtherie-Bazillus: Bei einem Kinde hatte sich im Anschluss an eine Kratzwunde eine ausgedehnte Phlegmone der Bauchdecken etabliert. Neben wenigen Staphylokokken fanden sich im Eiter Löfflerbazillen. Die Abszesswand war austapeziert mit grauen Membranen. Nach breiten Inzisionen kam es bald zur Heilung. Günther ist geneigt, im Löffler'schen Bazillus den ätiologischen Faktor der Phlegmone zu sehen. Der kleine Patient hatte kein sonstiges Zeichen von Diphtherie und in der Umgebung war eine ähnliche Erkrankung auch nicht vorhanden. H. Netter (Pforzheim).

Die Organisation und das Zusammenwirken antituberkulöser Massnahmen; die Fürsorgestelle als Mittelpunkt. Von Philip. (Ber. d. Ges. f. inn. Med. u. Kdhlkd. in Wien 1907. Beil. VII.)

Österreich hat nach Russland die grösste Mortalität an Tuberkulose in Europa (3625 auf 1 Million Lebende, Deutschland 2245, England (davon Schottland mit 1727) 1358) und daher ein ganz besonderes Interesse an dieser Frage. In den letzten 25 Jahren haben sich vielseitige Fortschritte gezeigt, besonders in der Pathologie der Tuberkulose und in der Therapie. Weniger befriedigt die Prophylaxe und viel bleibt in dieser Richtung noch zu tun übrig. Besonders erfordert sie eine umfassende Organisation und innigeres Zusammenwirken der verschiedenen Massnahmen, um die Fähigkeit der Gesellschaft und Vereine, zur Bekämpfung der T. erfolgreicher zu machen. In Edinburg hat man deshalb hierfür folgenden Plan aufgestellt: 1. Anzeigepflicht, 2. Fürsorgestellen, 3. Hospital für vorgeschrittene Fälle, 4. Sanatorium für ausgewählte Patienten, 5. Kolonie als Aufenthalt und für Unterweisung von Patienten, in denen die Krankheit latent oder stationär geworden ist. Mittelpunkt aller Massnahmen ist die Fürsorgestelle, deren Programm folgendes ist: 1. Aufnahme und Untersuchung von Patienten, 2. bakteriologische Untersuchung des Auswurfs und anderer Entleerungen, 3. Unterweisung von Kranken, sich selbst zu behandeln und andre vor Infektion zu schützen, 4. Verteilung von Arzneien, Spuckflaschen, Desinfektionsmitteln und ev. Nahrungsmitteln, 5. Besuche der Patienten in den Wohnungen a) durch Ärzte, b) durch besonders ausgebildete Krankenpflegerinnen, 6. Auswahl geeigneter Patienten für die Sanatorien und Krankenhäuser und Überwachung der aus diesen Anstalten Entlassenen, 7. Erteilen von Auskünften an alle Interessenten aus dem Publikum und Beantwortung aller die T. betreffenden Nachfragen.

Digitized by Google

Besonders interessant und zweckdienlich erscheinen die Arbeitskolonien, wo die Patienten, deren Zustand es gestattet, innerhalb der von dem Arzte vorgeschriebenen Grenze durch ihre Arbeit mehr oder weniger zum Betriebe beitragen und dadurch der Erziehung zur Trägheit und Müssiggange vorbeugen. Die Bewohner derselben rekrutieren sich durch Auswahl unter den im Sanatorium erfolgreich behandelten Patienten oder aus solchen, die zwar noch arbeitsfähig sind, aber ständiger ärztlicher Überwachung bedürfen. Es bildet aber der Aufenthalt in der Kolonie einerseits ein Übergangsstadium zwischen Sanatorium und Rückkehr zur frühern Beschäftigung oder Aufnahme eines neuen Berufes oder andrerseits einen ständigen Wohnplatz für dauernd Gefährdete aber Arbeitsfähige.

Baron (Dresden).

Quatre observations de goitre parenchymateux chez le nouveau-né (adénome foetal diffus). Von J. Fabre und L. Thévenot. (Arch. d. méd. des enf. Nr. 7, 1907.

In einem früheren Artikel (Arch. de méd. des enfants, 1907, Mai) hatten die Verfasser gezeigt, dass beim Neugeborenen eine gewisse Zahl von Schilddrüsenhypertrophien auf einer einfachen Kongestion dieses Organs beruht, wie dies Wölfler bereits nachgewiesen hatte. Anatomisch sind diese Formen durch starke Erweiterung der Gefässe des Drüsenparenchyms, der Drüsenkapsel und selbst der vorderen Halsregion charakterisiert, klinisch durch das rasche Verschwinden aller pathologischen Symptome in Rücksicht auf die prompte Rückkehr der Drüse zu ihrem normalen Volumen. Sie entsprechen dem von andern Autoren sogenannten teleangiektasischen Kropf. Dieser Form des angeborenen Kropfes steht eine andere durch dauernde Symptome ausgezeichnete Form gegenüber, bei der es sich um eine krankhaft gesteigerte Proliferation des Drüsengewebes selbst handelt, um eine mehr oder weniger diffuse Hypertrophie des Schilddrüsenparenchyms. Hierüber bringen nun Verfasser 4 persönliche Beobachtungen, die durch Reproduktionen von Photographien gut unterstützt werden, teils der ganzen Situs, teils der bei der Sektion gewonnenen Kropfpräparate. Die eine Abbildung stammt von einem Neugeborenen, der ausser seinem enormen Kropf noch eine Transpositio cordis und eine Hernia diaphragmatica hatte. Bezüglich der noch keineswegs klaren Pathogenese glauben Verfasser nicht, in der Affektion einfach eine hereditäre Missbildung erblicken zu dürfen, bloss darum, weil diese Kinder fast stets von Kropfkranken abstammen. Erstens scheint die Existenz eines Kropfes bei den Eltern nach den Krankengeschichten nicht einmal konstant zu sein und dann erscheint die Annahme einfacher, dass es in einem Land, in dem der Kropf endemisch ist, wo das Wasser der Mutter ständig kropferzeugende Stoffe zuführt, zu einer veritablen Infektion des Foetus durch die Mutter kommt, mit dem gleichen Recht, als ob es sich um Syphilis oder Tuberkulose handelte. Diese Annahme stützen Verfasser auf die makroskopischen und histologischen Untersuchungen der Stücke, die zeigen, dass das Organ in seiner Totalität reagiert und sich in einen diffusen parenchymatösen Kropf umgewandelt hat, dessen Drüsenparenchym noch den embryonalen Charakter bewahrt hat. In der Struktur gleich, unterscheidet sich das von Wölfler sogenannte Adenoma foetale nur dadurch, dass letzteres abgegrenzte

Digitized by Google

Knoten bildet; die hier geschilderten Veränderungen sind diffus, es ist ein adenoma foetale diffusum. — Trotz der ziemlich zahlreich schon vorliegenden Mitteilungen besteht über die therapeutischen Indikationen noch keine Übereinstimmung. Naheliegend ist die Prophylaxe. So erzählt Schmidt von einer jungen Kropfkranken, die bereits 2 Kinder mit angeborenem Kropf verloren hatte. Vom 4. Monat der dritten Schwangerschaft ab wurde die Frau einer Schilddrüsenbehandlung unterworfen. Nicht nur, dass der Kropf der Mutter zurückging, das Kind kam ohne Kropf zur Welt. Die eigentliche Heilbehandlung wird verschieden sein, je nach der Schwere der Symptome: bei den benignen Formen Jod und Jodothyrin, bei den suffokatorischen Formen, der chirurgische Eingriff. Für die Operation der Wahl halten Verfasser die Exothyropexie, mit der man gleich eine andere, wenig gefährliche Operation verbinden kann, die Durchtrennung des Isthmus. Erstens wird die normale Funktion der Trachea bei den annulären Kröpfen leichter wieder hergestellt, und dann haben neuere Untersuchungen auf den Vorteil eines derartigen Vorgehens hingewiesen: Geht der Kropf nicht schnell genug zurück, so bleibt immer die Möglichkeit, eine partielle Resektion später vorzunehmen, die weniger schwierig erscheint, als eine primäre Resektion eines Lappens oder gar einer Thyreoidektomie durch Ausschälung.

H. Netter (Pforzheim).

Über Säuglingsernährung mit Hanfsuppen. Von M. Klotz. (Aus Keller's Säuglingsabteilung in Magdeburg. Monatsschr. f. Kinderheilk. 1907, August.)

Vor kurzem berichtete Manchot in Hamburg über so gute Resultate bei der Behandlung der Rachitis, die er mit einem neuen Phosphorpräparat, dem „Ossotan" genannten entölten russischen Hanfmehl, bei über 100 Kindern erzielt haben wollte, dass er die Hanfsuppen „dem Phosphorlebertran als mindestens therapeutisch ebenbürtig" an die Seite stellen möchte. Auffällig erschien M. vor allem bei den rachitischen Kindern der Einfluss der Hanfsuppe auf die Schweisse und die Anämie, ferner auf das Zurückgehen der Craniotabes, auf die psychische Entwicklung der Kinder. Eingehend wird die Beeinflussung des Körpergewichts geschildert, das schon nach 2—3 Tagen anzusteigen begann, weiterhin die Rückkehr des Turgors in die vordem schlaffe, welke Haut. Laryngospastische Anfälle sah M. in 6—10 Tagen schwinden, die Erscheinungen krankhaft gesteigerter Nervenerregbarkeit in Kürze zurückgehen. Atrophische, luetische Kinder, solche mit Furunkulose u. a. wiesen ähnliche Resultate auf. Besonderen Wert legt M. auf die Tatsache, dass die Hanfsuppe von allen Kindern anstandslos und gern genommen wurde. — Klotz hat nun unter Keller's Leitung auf der Säuglingsabteilung in 30 Fällen die Ergebnisse von Manchot einer Nachprüfung unterzogen, deren Resultat dahin geht, „dass die Fortführung der Therapie mit Hanfmehl nicht berechtigt und ratsam erschien". Die Erfolge, von denen Manchot berichtet, sind Verf. in allen Punkten versagt geblieben, und er steht nicht an, das „Ossotan" als Therapeutikum für nutzlos, als Diätetikum für entbehrlich, wenn nicht sogar gegebenenfalls für schädlich zu halten. Im einzelnen erwies es sich nicht als das hervorragende Stimulans und ferner erwies es sich bei Rachitis, Spasmophilie als wirkungslos. Wor-

Digitized by Google

auf die schädigende, keinesfalls indifferente Wirkung in den Klotz'schen Fällen zurückzuführen war, ist Verf. unbekannt geblieben.

Netter (Pforzheim).

Über die Behandlung der Diarrhoen des ersten Lebensjahres mit Gelatinelösungen. Von M. Péhu. (Arch. de méd. des enfants, 1907, Nr. 9.)

Verf. hat gemeinsam mit seinem Lehrer Weill die Versuche mit Gelatine bei der Behandlung der verschiedenen Diarrhoen fortgesetzt, in der Hospital- wie in der Privatpraxis. Er berichtet nun darüber mit dem Ergebnis, dass die schon vor 5 Jahren gemachten günstigen Erfahrungen sich im Laufe der Zeit vollauf bestätigt hätten, bei der Behandlung der Sommerdiarrhoe, bei der Gastroenteritis, bei der einfachen gastrischen Dyspepsie, die von Pylorospasmus begleitet ist, bei der dysenterischen Enterokolitis mit blutig-schleimigen Entleerungen, die im zweiten Lebensjahr häufiger ist, als im ersten. 10—25, selbst 30 g Gelatinelösung in 24 Stunden ist die zweckmässigste Dosis. Das Fehlen eines besonderen Geschmacks und Geruchs macht ihre Anwendung und ihre Verabreichung mit der Milch leicht. Bei der dysenterischen Form der Enteritis hat sich die Gelatinelösung als Zusatz zu einem Lavement bewährt. Die Wirkung der Gelatine-Einverleibung äussert sich bald in einer Verminderung der Zahl und Besserung in Konsistenz und Farbe der Entleerungen, der schlechte Geruch verschwindet und die anfangs saure Reaktion verwandelt sich bald in die normale alkalische. — Oft geht eine Besserung der Allgemeinerscheinungen damit parallel, die allerdings zuweilen nur eine temporäre ist, aber durch neue Gelatinegaben rasch befestigt werden kann. Dagegen hat sich die Gelatine als machtlos erwiesen bei wirklichen digestiven Infektionen, wenn die Krankheit in den ganzen Organismus übergegangen und von parenchymatösen (Leber- und Nieren-) Degenerationen etc. begleitet ist. Ebensowenig ist von diesem therapeutischen Agens bei der richtigen Cholera infantum oder bei sekundären choleriformen Erscheinungen etwas zu erhoffen.

H. Netter (Pforzheim).

Technische Einrichtungen zur Gewinnung guter Säuglingsmilch. Von Erno Deutsch (Zeitschrift f. Säuglingsfürsorge. Heft 8. und 9.)

Als Chefarzt der Budapester Gratismilchanstalt ist D. seit Jahren mit dem praktischen und theoretischen Studium der aseptischen Milchgewinnung beschäftigt und gibt das Resumée dieser Arbeit in ausführlicher Darstellung.

Zunächst erörtert er die Frage des Tiermaterials, der Fütterung sowie des Melkens und bespricht alsdann die speziellen zur aseptischen Milchgewinnung möglichen Massnahmen (Reinhalten des Stalles, Lüftung, peinliches Sauberhalten der Tiere durch Striegeln, Waschen, und Abwischen und Einfetten des Euters und seiner Umgebung vor dem Melken). Zur Sicherung der Reinlichkeit dienen auch Henkels Euterschutz und die Ohorner Schürzen. Das Melkpersonal und deren Familie ist ebenfalls zu strenger Sauberkeit anzuhalten und muss unter ärztlicher Kontrolle stehen. Die besten Milcheimer sind die aus gezinntem oder

Digitized by Google

emailliertem Eisenblech. Konservierung der aseptisch gewonnenen Milch durch Antiseptika ist unstatthaft, durch Oxygen, CO_2, Ozonisierung ultraviolette Strahlen u. s. w. kostspielig, umständlich und noch nicht genügend erprobt. Zur Schmutzentfernung dienen besser als Siebapparate die Filtriervorrichtungen und Zentrifugen. Im weiteren bespricht D. die Sterilisations- und Kühlapparate, die Kannen und Flaschen sowie die Methoden und Apparate, die zur Reinigung, Füllung und Transport derselben dienen.

Bezüglich der Technik des Melkens schliesst sich Autor denjenigen an, welche noch immer der Hand vor der Melkmaschine den Vorzug geben, da erstere nicht so sehr das Euter zur ergiebigen Tätigkeit anregt. Zum Anschlag im Stall empfiehlt er eine Stallordnung und Melkregeln (nach Knoch) und behandelt alsdann ausführlich die zweckmässige Einrichtung der Stallungen und des Milchlaboratoriums. Alle seine Ausführungen unterstützt D. durch zahlreiche Abbildungen und ist auch damit bemüht, Kollegen, welche in die Lage kommen, sich mit der in Rede stehenden Frage zu beschäftigen, erprobte Ratschläge zu geben und unnötiges Experimentieren zu ersparen. Baron (Dresden).

Therapeutische Erfahrungen mit „Isn", einem neuen eisenhaltigen Stärkungs- und Kräftigungsmittel. Von P. Schütte. (Repertor. d. prakt. Med. Nr. 7, 1907.)

Der wichtigste Punkt bei der Eisentherapie bleibt immer der, dass man das Eisen in den Bindungsformen dem Organismus zuführt, die vom Magen gut vertragen werden, leicht resorbierbar und assimilierbar sind, also eine vollkommene Verwertung zulassen und keine schädlichen Nebenwirkungen haben. Die letzteren sind es besonders, die den blutbildenden Wert so vieler Eisenpräparate in den Schatten stellen.

Die schädlichen Wirkungen bestehen hauptsächlich in Reizungen der Magen- und Darmschleimhäute, die zu Appetitlosigkeit und Verdauungsstörungen führen. Und gerade bei der Eisentherapie ist darauf zu achten, dass die beiden mächtigsten Verbündeten derselben, der Appetit und eine regelrechte und ausgiebige Ernährung, auf der Höhe bleiben. Es ist daher von der Eisentherapie nur dann Erfolg zu erwarten, wenn die dargereichten Eisenpräparate folgende Bedingungen erfüllen: „Das Eisen muss in einer Bindungsform darin enthalten sein, die leicht resorbierbar und assimilierbar ist und in vollem Massstabe vom Organismus verwertet wird. Die Eisenverbindung darf keine appetitherabsetzenden und verdauungsstörenden Nebenwirkungen haben."

Nur wenige der in die Therapie eingeführten Eisenpräparate entsprechen diesen Voraussetzungen. Neuerdings hat die Firma J. G. W. Opfermann in Aachen ein eisenhaltiges Stärkungs- und Kräftigungsmittel unter dem Namen „Isn" in den Handel gebracht, welches nach Ansicht des Verf.'s, die er durch Anwendung des Mittels in einer Reihe von geeigneten Fällen gewonnen hat, an Bekömmlichkeit und Wirksamkeit alles bisher in dieser Beziehung Gebotene zu übertreffen scheint. „Isn" enthält das Eisen als Eisenoxydul. Diese Bindungsform besitzt die Eigenschaft, dass sie vom Magen leicht und ohne Umwandlung absorbiert wird und daher sehr schnell in den Säftekreis des Organismus gelangt. Die Wirkung ist daher auch eine raschere und ausgiebigere, als die so

Digitized by Google

vieler anderer Eisenpräparate, die, bevor sie ihre Wirksamkeit entfalten können, erst alle möglichen Umwandlungsprozesse im Magen und Darmkanal, die ihre Assimilierbarkeit ermöglichen, durchmachen müssen. Solche Vorgänge rufen mehr verdauungsstörende Wirkung hervor, als der blutbildende Wert des Präparates dem Organismus Nutzen bringt. Neben seiner leichten Resorbierbarkeit und Assimilierbarkeit, die eine Verwertung des Präparates im vollsten Masse zulässt, hat „Isn" noch den unschätzbaren Vorzug, dass es appetitanregend und verdauungsbefördernd wirkt, was die bluterzeugenden Wirkungen desselben wesentlich unterstützt.

Der Hauptwert des „Isn" liegt in der Erzeugung von roten Blutkörperchen. Die angestellten Versuche haben ergeben, dass bereits nach 10tägigem Gebrauch des Mittels die Anzahl der roten Blutkörperchen sich um ein Beträchtliches vermehrt und auch der Hämoglobingehalt des Blutes ganz wesentlich zugenommen hatte.

Eine Zunahme an roten Blutkörperchen in der Blutflüssigkeit bedeutet aber eine erhöhte Zufuhr von Sauerstoff zum Organismus und eine Erhöhung des Stoffwechsels. Dazu kommt die reichlichere Nahrungsaufnahme, die durch die appetitanregenden und verdauungsbefördernden Eigenschaften des Präparates ermöglicht wird, also aller Faktoren, die geeignet sind, den Kräftezustand eines herabgekommenen Organismus nach jeder Richtung hin zu heben und die Tätigkeit der einzelnen Organe von neuem anzuregen und zu beleben.

„Isn" ist daher indiziert in allen Fällen, in denen es auf eine günstige Beeinflussung der Blutbeschaffenheit und eine Verbesserung der Wachstums- und Ernährungsverhältnisse der organischen Gewebe ankommt, also bei den verschiedenen Konstitutionsanomalien, Rekonvaleszenz und während des Stillgeschäftes als Stärkungsmittel, bei kleinen Kindern und Säuglingen, die in der Ernährung und Entwicklung zurückgeblieben sind, hat es sich als wirksames Hilfsmittel bewährt, um vorhandene Verdauungsstörungen zu regulieren, die Ernährung zu befördern und die herabgekommenen Körperkräfte zu heben.

„Isn" ist eine wohlschmeckende aromatische Flüssigkeit, welche dreimal täglich genommen wird und zwar am vorteilhaftesten während oder direkt nach der Mahlzeit. Die Dosis beläuft sich für Erwachsene auf 1 bis 2 Teelöffel, für Kinder $^1/_2$ bis 1 Teelöffel, für Säuglinge 2 bis 10 Tropfen. Das Präparat kann in Wasser, Mineralwasser, Milch, Apfelwein u. s. w. oder auch rein genommen werden. S.

Beiträge zur Therapie der Furunkulose und ähnlichen Hautkrankheiten. Von Schweitzer. (Allg. mediz. Ctrl.-Ztg. No. 8, 1907).

Die ärztliche Literatur der letzten Jahre verfolgend, wird uns wohl aufgefallen sein, dass, während manche Erkrankungen eine immens grosse Literatur besitzen, andere und für uns Praktiker nicht weniger wichtigere kaum oder gar nicht behandelt werden. Wie nachteilig dies ist, wird wohl jeder begreifen. Wir berufen uns gleich auf die Furunkulose, eine Erkrankung, welche wir in der ärztlichen Praxis tagtäglich antreffen und deren Therapie noch heute manche Lücken aufweist.

Furunkel sind bekanntlich umschriebene Hautabszesse, welche sich

Digitized by Google

mit einer knötigen Härte, dumpfem Schmerz und Spannung ankündigen, nach 1—2 Tagen auch die anderen klassischen Entzündungssymptome, Röte und Hitze zeigen und — sich selbst überlassen — mit Eiterung und Ausstossung des nekrotischen Pfropfes endigen, aber während des ganzen, 1—2 Wochen und länger dauernden Verlaufes keine grössere Eiteransammlung und Fluktuation aufweisen.

Der Mangel der letztgenannten Symptome unterscheidet die Furunkel von den umschriebenen Abszessen und Phlegmonen der Haut. Jedoch ist ätiologisch und histologisch diese Grenze nicht so scharf wie klinisch, wie beispielsweise die Furunkel der Neugeborenen und das Panaritium zeigen.

Das gemeinschaftliche Band aller dieser Affektionen liegt in der Ätiologie derselben; sie werden durch Infektion der Cutis mit den gewöhnlichen weissen und gelben Eiterkokken erzeugt. Zu diesem Kreise von Affektionen, welcher die gewöhnliche Hautvereiterung in ihren verschiedenen Modifikationen darstellt, gehört noch die staphylogene Impetigo (Impetigo Bockhart), die staphylogene Follikulitis der Lanugo-Haarbälge.

Mit Furunkulose bezeichnet man das durch Verschleppung der Kokken bedingte multiple Auftreten von Furunkeln in Schüben oder sich fortspinnenden Reihen.

Die Ätiologie des Furunkels ist durch die Untersuchungen von Passet, Garré und besonders Bockhart vollständig aufgeklärt und die Invasion der vulgären Eiterkokken ist als zureichender Grund an Stelle einer grossen Anzahl hypothetischer Erklärungen getreten, in denen die verschiedensten inneren Ursachen und äusseren Reize eine Rolle spielen. Eine Reihe solcher Umstände hat erst durch die Entdeckung des wahren Sachverhaltes ihre nachträgliche Begründung erhalten. So das Vorkommen der Furunkel hauptsächlich am Nacken, an den Schultern, wo das Reiben der Kleider, und am Anus, wo das Reiben mit sonstigen Staubfängern (Papier) den Eintritt der Kokken in die Furunkelmündungen begünstigt.

Eine ganz eigentümliche Rolle spielen in der Ätiologie der Furunkel sodann eine Reihe anderer Hautkrankheiten, indem sie durch Auflockerung der Hornschicht erst den Boden zur Einimpfung der Furunkelkokken vorbereiten (Exanthem, Pocken, Scharlach). Die wichtigsten Ursachen der Furunkel liegen aber natürlich in der Präexistenz solcher Hautleiden, welche in sich selbst die Staphylokokken beherbergen. So genügt ein Furunkel, um unzählige Töchterfurunkel zu erzeugen.

Auch die Therapie hat durch die Aufklärung der Ätiologie an Einfachheit und Folgenrichtigkeit gewonnen. Das wesentlichste ist die rasche Kupierung der zur Furunkelbildung führenden Impetigines und Follikulitiden. Ausser den üblichen äusseren Mitteln (Quecksilber, Karbol- und Schwefelpräparate etc.) spielt die sogenannte „Saccharomyces-Therapie" noch heute eine wichtige Rolle.

Hefe war als Volksheilmittel schon im 16. Jahrhundert bekannt; aber während es früher empirische Beobachtungen zur Verwendung brachten, wurden mit den fortschreitenden Untersuchungen und Erforschungen auf dem Gebiete der Bakteriologie auch die wichtigen physiologischen und bakteriologischen Eigenschaften der Hefe nachgewiesen. Die

Digitized by Google

Versuche von Brunat, Rapp, Haan, Kayser u. a. haben festgestellt, dass der Saccharomyces cerevisiae im feuchten Zustande erst bei einer Temperatur zwischen 50 und 65° C. abstirbt und die beste Gärungstemperatur für die Hefepilze zwischen 30 und 35° C. ist. Jedenfalls geht der Saccharomyces cerevisiae nicht zugrunde bei der Temperatur von 37,5 oder 38° C. im Magendarmkanal, wie Jaquemin es neuerdings anzudeuten schien, und wenn die Hefe bei fieberhaften Krankheiten antipyretisch und kurativ wirkt, so muss man annehmen, dass die Hefe bei Temperaturen von 40—41° C. durchaus lebensfähig bleibt innerhalb des Organismus. Natürlich wird die Hefe durch den sauren Magensaft etwas geschädigt, aber zahlreiche Hefezellen widerstehen und überleben bis zu ihrem Übertreten in das die Säure neutralisierende Duodenum.

Zu denselben Schlussfolgerungen gelangten Callion und Nobécurt, welche konstatierten, dass getrocknete Bierhefe im menschlichen Magensaft in Proberöhren und bei 37° C. während mehrerer Tage gärungsfähig und somit lebend bleibt. Die so am Leben gebliebene Hefe besitzt in hohem Grade die Eigenschaft, die Toxizität der verschiedenen pathogenen Bakterien zu vernichten. Diese bakterizide Eigenschaft ist derart intensiv, dass nicht nur Strepto- und Staphylokokken, sondern auch bedeutend widerstandsfähigere Bazillen zugrunde gehen.

Also müssen bei einem Präparate die Zellen vollständig intakt sein, um durch Fermentation entsprechend zu wirken. Ein solches Präparat stellt die chemische Fabrik J. Blaes & Cie. in Lindau mit dem Namen „Levurinose" her.

Die guten Erfolge, welche Heufeld, Unger u. a. mit dem Mittel erreichten, bewogen Verf.. es auch in seiner Praxis zu erproben. Sch. hatte sich in seinen Hoffnungen auch nicht getäuscht. Das Mittel wirkte grossartig und sind unangenehme Nebenerscheinungen selbst bei grösseren Dosen nicht beobachtet. Erwachsene und Kinder nahmen es stets gern.

Levurinose ist ein gelblich-weisses Pulver mit dem charakteristischen Hefegeschmack. Die Dosis beträgt bei Erwachsenen drei Esslöffel, bei Kindern drei Kaffeelöffel voll täglich und ist zweckmässig in Wasser, Bier oder Milch vor den Mahlzeiten zu nehmen.

Ähnlich gut wie bei Furunkulose wirkte Levurinose anch bei Akne und Urtikaria. Das heftige Jucken liess bei Urtikaria schon am zweiten Tage nach und selbst in den tückischsten Fällen waren in 5—6 Tagen sämtliche Symptome verschwunden.

In der Levurinose besitzen wir nach Verf. ein sehr gutes Mittel und ist dieselbe bis heute als das einzige Spezifikum gegen Furunkulose, Akne und Urtikaria zu betrachten. S.

Erfahrungen über die Verwendbarkeit des Alypins in der Ohrenheilkunde. Von K. Bürkner. (Berl. klin. Wochenschrift 1907. No. 14.)

Verf. hat in den letzten 2 Jahren in vielen otiatrischen Fällen Gelegenheit gehabt, das Alypin zu erproben, nachdem er sich zunächst auch in der rhinologischen Therapie von seiner Vorzüglichkeit überzeugt hatte; denn es sind in seiner Poliklinik eine sehr grosse Zahl von Nasenopera-

Digitized by Google

tionen, insbesondere von Septumoperationen, unter Alypin-Anästhesie mit meist sehr befriedigendem Erfolge ausgeführt worden. Seine Erfahrungen hierüber decken sich durchaus mit den schon so zahlreichen günstigen Mitteilungen anderer Autoren.

Verf.'s erste Versuche in der otiatrischen Verwendung des Alypins galten der rein symptomatischen Bekämpfung des Ohrschmerzes bei Furunkeln, beginnenden Mittelohrentzündungen und Neuralgien unbestimmten Ursprungs. Es zeigte sich hier, dass insbesondere die vom Trommelfelle ausgehenden Schmerzen oft in kürzester Zeit nachliessen, nicht selten für einige Stunden gänzlich aufhörten, und diese Erfahrung veranlasste ihn, die Anästhesierung des Trommelfelles auch zum Zwecke der Parazentese herbeizuführen. Obwohl B. im allgemeinen der Meinung ist, dass eine so schnell ausführbare Operation in der Regel eine Anästhesierung nicht erfordert, ja dass der durch sie bekämpfte Entzündungsprozess um so ungestörter zu verlaufen pflegt, je weniger vorbereitende Manipulation man am Ohre vornimmt, so gibt es doch Fälle, in welchen die Rücksicht auf den Patienten, das Fehlen von Assistenz oder irgend ein besonders erschwerender Nebenumstand die schmerzlose Ausführung des Eingriffes wünschenswert erscheinen lässt. Das früher hierfür in erster Linie empfohlene Kokain wirkte niemals sicher, reizte hier und da und führte nicht selten zu Intoxikationserscheinungen unangenehmster Art. Mit Alypin aber hat Verf. meist eine vollkommene oder annähernd vollkommene Empfindungslosigkeit erreicht, und gerade bei der Parazentese hat er es als besonderen Vorzug des Präparates schätzen gelernt, dass es sich unbeschadet seiner Wirkung unmittelbar vor dem Gebrauche durch Aufkochen sicher sterilisieren lässt.

Verwendet hat er meist eine 5 proz. wässerige, zuweilen auch eine 5 proz. alkoholische Lösung welche er entweder einträufelte oder mit Hilfe eines Wattebausches einführte und in jedem Falle 10—20 Minuten einwirken liess. Nur ausnahmsweise benutzte er eine 10 proz. Lösung und ganz selten einen Zusatz von Suprarenin. Das Trommelfell veränderte seine Farbe unter der Einwirkung des reinen, bekanntlich nicht anämisierenden Mittels gar nicht oder unerheblich, die Operation ging fast immer schmerzlos von statten, und Vergiftungserscheinungen oder irgend welche sonstigen nachteiligen Folgen traten niemals auf. Im allgemeinen war die Anästhesie um so vollkommener, je mehr das Trommelfell sich verändert zeigte, und insbesondere scheint der Verlust der Epidermisschicht der Wirkung des Alypins sehr förderlich zu sein.

Vorzügliches bietet Alypin vor allem auch bei der Entfernung von Granulationen und kleineren Polypen aus der Paukenhöhle. Lässt man eine 5 proz. Lösung 10—15 Minuten lang auf die zu beseitigende Wucherung einwirken, so gelingt es fast immer, eine vollkommene Anästhesie zu erzielen und somit die Operation viel sicherer und gründlicher auszuführen, als es ohne Lokalanästhesie möglich wäre. Auch hier war Kokain zwar von grossem Nutzen, aber es kommen gerade bei seiner Anwendung in der Paukenhöhle und überhaupt bei bestehender Perforation des Trommelfelles nicht ganz selten recht peinliche Intoxikationserscheinungen vor, wie B. sie beim Alypin niemals gesehen hat, auch nicht bei der Anästhesierung der Nase, bei der nur selten schwache Vergiftungserscheinungen in die Erscheinung traten.

Digitized by Google

Die schmerzstillende Wirkung des Alypins wird auch bei intratympanalen Eingriffen durch einen Zusatz von Suprarenin oder Paranephrin, welches letztere Verf. in der Nase wenigstens zuverlässiger fand, gesteigert, und gleichzeitig gestaltet sich die Operation ziemlich unblutig. Indessen ist es nicht zweckmässig, bei kleineren Geschwulstmassen eines der Nebennierenpräparate zu benutzen, weil die dadurch erzeugte Ischämie nicht allein ein für das Auge unwillkommenes Erblassen der Gewebe bedingt, sondern auch, wie es ja auch Ruprecht von einem mit Kokain behandelten Falle schildert, die Neubildung so verkleinern kann, dass sie sich durch die Perforation, insbesondere in den Kuppelraum zurückziehen kann.

Nicht minder wird jede Ätzung von Granulationen durch die Alypinanästhesie sehr wesentlich erleichtert, und zwar empfiehlt es sich aus den soeben erwähnten Gründen auch hier, ohne Suprareninzusatz zu verfahren. Bei Ätzungen mit Trichloressigsäure oder Milchsäure kann man die gewöhnliche 5 proz. Lösung benutzen, bei Ätzungen mit Argentum nitricum aber wird man das Alypinum nitricum vorzuziehen haben, weil das Alypin ein salzsaures Salz ist.

Was die Wirkung des Präparates bei der Inzision von Furunkeln anbelangt, so ist dieselbe nach Verf.'s Erfahrung eine verschiedene erstens je nach dem Stadium, in welchem man die Operation vornimmt, und zweitens, je nachdem man mit oder ohne Suprareninzusatz verfährt. Ist der Furunkel schon dem Aufbrechen nahe oder gar schon aufgebrochen, so wird die Inzision durch Tamponade mit in 5 proz. reines Alypin getauchter Gaze nahezu oder vollkommen schmerzlos, ebenso wie es auch das Auskratzen eines offenen Furunkels nach Einwirkung des reinen Präparates ist. In einem frühen Stadium aber ist die Anästhesie meist nicht so befriedigend, und man würde hier wohl gut tun, das Alypin subkutan anzuwenden und die Anästhesie noch zu verstärken, indem man Suprarenin zusetzt. Dann aber erreicht man auch eine mindestens ebenso vollkommene Empfindungslosigkeit wie mit dem Verfahren von Neumann oder mit der regionären Anästhesie von Laval.

Ganz hervorragend haben sich diese subkutanen Injektionen von Alypin-Suprarenin (Lösung Poh l'scher Tabletten oder Zusatz von Paranephrin) bewährt bei der Extraktion des Hammers und Amboss es vom Gehörgange her. Fast in allen Fällen, etwa einem Dutzend, hat B. eine sehr gute, oft vollkommene Anästhesie beobachtet, die auch bei längerer Dauer der Operation bis zum Schlusse angehalten hat. Irgend welche Unzuträglichkeiten haben sich auch bei der subkutanen Anwendung nicht gezeigt.

Verf. fasst seine Erfahrungen kurz folgendermassen zusammen:

Das Alypin ist, soweit die Anästhesierung in Frage kommt. ein vollwertiges Ersatzmittel des Kokains, vor dem es den Vorzug hat, das Aufkochen zu vertragen, sehr viel weniger giftig zu sein und nicht ischämisch zu wirken. Soll diese anämisierende Wirkung des Kokains erzielt werden, so ist das leicht durch den Zusatz eines Nebennierenpräparates zu erreichen. Dadurch wird gleichzeitig auch die Schmerzstillung noch verstärkt.

Die Einführung des Alypins bedeutet ohne Frage eine ganz wesentliche Bereicherung unseres Arzneischatzes. S.

Digitized by Google

Die physiologische Nagellinie des Säuglings. Von Schlick. (Vortr. geh. in der Ges. f. in. Med. u. Kdhlkde. zu Wien, 16. Mai 1907.)

Bisher hat man Nagelveränderungen nur bei luetischen Säuglingen beachtet. Meist waren es Paronychien. Über nicht entzündliche Nagelveränderungen in Form von Querlinien berichtet Heller und bezog sie auf Magendarmkatarrhe bez. Lues. Schick beobachtete solche Querlinien auch bei gesunden Kindern als physiologische Erscheinung. Um die fünfte Lebenswoche erscheint eine wallartige Linie, die, mit dem Vorrücken deutlicher werdend, bogenförmig mit dem konvexen Rand gegen das freie Ende des Nagels gerichtet quer über den Nagel verläuft. Um den 60. Lebenstag hat die Linie die Mitte des Nagels erreicht und um den 90. den freien Rand des Nagels. Nur weiterhin voraus ist die Linie meist am Daumen, am weitesten zurück am kleinen Finger. An den Nägeln der Zehen sind analoge Linien nachweisbar. Die Ursache sieht Vortr. in der Schädigung des Organismus durch den Übergang vom intra- zum extrauterinen Leben. — In der Diskussion verbreitet sich Hochsinger über seine Beobachtungen betr. die quere Nagelfurche bei kongenital Syphilitischen.

Swoboda beobachtete pathologische Nagelfurchen welche nicht nur bei Scharlach, sondern auch bei verschiedenen schweren anderen Erkrankungen auftraten.

Escherich weist darauf hin, dass die Kenntnis der physiologischen Furche gerade wegen der Differenzierung gegenüber den pathologischen wichtig ist. Für erstere dürfte wohl die Stoffwechselbilanz der ersten Lebenswoche zu beschuldigen sein und es wäre ein Vergleich des Verhaltens der Furche mit der Gewichtsabnahme nicht uninteressant.

Baron (Dresden).

Gesundheitspflege.

Der Alkoholgenuss der Schulkinder. Von Stadtrat von Frankenberg. (Zeitschr. für Schulgesundhtspfl. No. 10 1906.)

Im Jahre 1906 wurden bei ca. 20000 Schulkindern in etwa 400 Klassen der Braunschweiger Bürgerschulen und der katholischen Schule durch die Klassenlehrer nach einem besonderen Fragebogen Erhebungen über den Umfang des Alkoholgenusses unter den Schulkindern angestellt. Dem Einwand gegenüber, dass Angaben von Schulkindern nur mit Vorsicht zu behandeln sind, muss betont werden, dass sich bei Vergleichung der einzelnen Klassen, Schulen und Schulgruppen ganz ähnliche Zahlen ergeben, dass ferner die Erhebungen am Ende des Schuljahres stattfanden, zu einer Zeit, wo die Lehrer ihre Klassen so genau kennen, dass sie Wahres von Falschem unterscheiden konnten. Es tranken von 100 Schulkinder gelegentlich

auf		Wein,	Bier,	Branntw.	Kognak
den mittl. Bürgerschulen	f. Knaben	47,4	68,3	10,1	30,3
„ „ „	f. Mädchen	46,5	59,5	5,4	27,9
„ unteren „	zusammen	23,9	67,2	11,8	23,6

Digitized by Google

auf	Wein,	Bier,	Branntw.	Kognak,
der Hilfsschule für Schwachbefähigte	17,9	70,3	11,8	23,6
der katholischen Schule	34,2	72,1	11,7	38,8

Von 100 Schulkindern trinken

täglich auf	Wein,	Bier,	Branntw.,	Kognak.
den mittl. Bürgerschulen f. Knaben	0,9	9,9	0,2	0,8
„ „ „ f. Mädchen	1,9	7,5	0,1	1,2
„ unteren „ zusammen	0,5	8,8	0,5	1,2
der Hilfsschule für Schwachbefähigte	0,0	4,4	0,4	0,4
der katholischen Schule	0,3	6,6	0,0	0,2

Von 100 Schulkindern trinken alkoholische Getränke

auf	Schon v. Beginn des Unterrichts.	Beim Mittags- oder Abendessen.
den mittl. Bürgerschulen f. Knaben	0,1	29,3
„ „ „ f. Mädchen	0,2	24,2
„ unteren „ zusammen	0,65	23,3
der Hilfsschule für Schwachbefähigte	0,4	24,0
der katholischen Schule	0,4	24,0

Also fast genau der vierte Teil aller Schulkinder trinkt regelmässig beim Mittag- oder Abendbrot Alkohol, und fast jeder zehnte Teil ist an regelmässigen Genuss von alkoholischen Getränken gewöhnt. Über ein Drittel der Lehrer und Lehrerinnen berichtet, dass namentlich bei den Kindern der Mittel- und Unterstufe die Nachwirkungen des Alkoholgenusses sich in schlechten Leistungen, mangelnder Aufmerksamkeit, Gedächtnisschwäche, Nachlassen der Spannkraft, moralischen Mängeln äussern. Zwecks einheitlicher Belehrung wünscht Verf. die Herausgabe eines Schulmerkblattes in kurzer deutlicher Rede zur Verteilung in allen deutschen Schulen.

Netter (Pforzheim).

Rezensionen.

Die Behandlung der habituellen Skoliose durch aktive und passive Überkorrektur. Von Prof. Dr. F. Lange. Mit 58 in den Text gedruckten Abbild. 8°, 69 S. Stuttgart 1907, Verlag von Ferd. Enke. Preis 2.80.

Die Ätiologie, das Wesen und die Behandlung der habituellen Skoliose kurz und übersichtlich zusammengestellt. Sehr wesentlich ist der vom Verfasser erfundene und einfache Zeichenapparat. Von den Behandlungsarten werden die einfache Gymnastik, das orthopädische Korsett in Verbindung mit Übungen und das gewaltsame Redressement, das aus aktiver und passiver Überkorrektur besteht, eingehend besprochen, unter Vorführung der hierzu nötigen Apparate und Übungen. Zur Erreichung einer längeren Überkorrektur dient ein während der Nacht zu benutzender Liegeapparat, das Zelluloidstahl-Drahtbett, dessen Herstellung genau beschrieben wird. Die Erfolge regen zur Nacheiferung an; was Verfasser sagt, ist sehr einleuchtend.

von Schnitzer (Danzig).

Digitized by Google

Lehrbuch der Kinderheilkunde für Ärzte und Studierende. Von Priv.-Doz. Dr. Bendix. 5. Auflage. Mit 62 Holzschnitten, Lex. 8°. XII. 628 S. Wien 1907. Urban & Schwarzenberg. Preis 12.— M.

Besser als alle Rezensionen erweist der Umstand, dass binnen 8 Jahren 4 neue Auflagen erscheinen konnten, den Wert des vorliegenden Werkes. Diese rasche Folge neuer Auflagen hat den besonderen Vorteil, dass das Werk sich den schnellen Fortschritten der Kinderheilkunde, besonders der raschen wissenschaftlichen Entwicklung auf dem Gebiet der Physiologie und Pathologie des Säuglingsalters, jeweils anpassen kann. Dass in dieser Beziehung das Werk vollkommen auf der Höhe der Zeit steht, ist selbstverständlich, da der Autor selbst in vorderster Reihe dieses Forschungsgebietes steht. Aber auch sonst merkt man überall das Bemühen, Lücken auszufüllen und Verbesserungen vorzunehmen, wo nur irgend theoretische Fortschritte und praktische Erfahrung dies geboten erscheinen liessen. Bei alledem ist der Umfang des Buches fast derselbe geblieben. Aber, was wichtiger ist, die ganze Eigenart ist dieselbe, die Vorzüge sind unverändert geblieben: Die Übersichtlichkeit in der Disposition des umfänglichen Stoffgebietes, die gedrungene Prägnanz der Darstellung ohne alle überflüssigen „Wattierungen", die treffende Lebendigkeit der Schilderung, die möglichst objektiv an das Tatsächliche sich hält und doch die Note persönlicher Erfahrung und Auffassung nicht vermissen lässt. Alle diese Vorzüge, die den früheren Auflagen des Werkes so viele Freunde geworben haben, werden auch der vorliegenden den rechten Erfolg sichern, den Hauptzweck des Werkes, sowohl dem Studierenden wie dem praktischen Arzt ein verlässlicher Leiter auf einem überaus wichtigen Spezialgebiet zu sein, zur Erfüllung verhelfen. Als besonderer Vorzug der neuesten Auflage sei noch die erheblich reichhaltigere Ausstattung mit Abbildungen angeführt; die Zahl der Holzschnitte ist von 25 auf 62 gestiegen. Trotzdem ist der Preis des auch sonst von dem bekannten Verlage vorzüglich ausgestatteten Werkes nach wie vor durchaus mässig angesetzt. Mag das schöne und handliche Lehrbuch umso zahlreichere Leser finden.

Jeremias (Posen).

Das Jahrhundert des Kindes. Studien von Ellen Key. Berlin 1907. S. Fischer. Preis 1,50 M.

Von Ellen Keys populärstem Buch ist soeben eine Volksausgabe in veränderter und gekürzter Form erschienen. Das handliche und gefällig ausgestattete Büchlein enthält folgende Kapitel: Das Recht des Kindes, seine Eltern zu wählen. Das ungeborene Geschlecht und die Frauenarbeit. Erziehung Die Schule der Zukunft. Der Religionsunterricht.

S.

Jugendspiele an den Mittelschulen (= höheren Schulen, d. Ref.). Vortrag, gehalten in der Münchener Eltern-Vereinigung von Dr. Martin Vogt, kgl. Gymnasiallehrer. Gr. 8°, 50 S. München. Verlag der Ärztlichen Rundschau (Otto Gmelin). Preis 1,20 M.

Eine höchst lesenswerte Schrift, die die so aktuelle Frage eingehend

Digitized by Google

erörtert. Es wird in eindringlicher Weise darauf hingewiesen, wie überaus wichtig für die gute körperliche und geistige Entwicklung unserer Schuljugend ein zweckmässig organisierter Spielbetrieb ist. Die dagegen erhobenen Einwände werden gewissenhaft erörtert und schliesslich die Einführung obligatorischer Spielnachmittage, wie sie bereits in einigen Bundesstaaten bestehen, als unerlässliche Forderung bezeichnet.

Nicht nur bei Lehrern und Ärzten, sondern bei allen einsichtigen Eltern wird das von Jugendfrische erfüllte Büchlein viel Nutzen stiften können. Hadlich (Weimar).

Dr. Becks Therapeutischer Almanach. Herausgegeben von Generaloberarzt Dr. Schill. 33. Jahrgang. 1906. II. Semesterheft, kl. 8°. S. 177—408. Leipzig 1906. Benno Konegen Verlag. Preis 1,50 M.

Das vorliegende Semesterheft zeigt die bekannten Vorzüge seiner Vorgänger, nämlich eine alphabetisch geordnete erschöpfende, kritische Übersicht der neuen Arzneimittel und Heilmethode; es ist somit für den praktischen Arzt ein sehr nützlicher und handlicher Wegweiser durch die therapeutischen Fortschritte der Neuzeit.

Schmey (Beuthen O./S.).

Im Kampf um gesunde Nerven. Ein Wegweiser zum Verständnis und zur Heilung nervöser Zustände. Für Ärzte und Laien. Von Dr. J. Marcinowski. 3. Aufl. gr. 8° VII und 151 S. Berlin 1907. Otto Salle. Preis 2 M.

Verf., der Leiter des Sanatoriums Schloss Tegel bei Berlin ist, besitzt eine grosse Erfahrung auf dem Gebiete nervöser Leiden. So hat er denn das Buch aus dem Leben heraus geschrieben und dabei die Ergebnisse der neueren Wissenschaft verwendet. In fliessendem schönen Stil behandelt er in 2 Hauptkapiteln 1. die körperlichen und seelischen Grundlagen der Nervosität, 2. die Behandlung derselben: ärztliche Leitung Nervöser im allgemeinen und die ärztliche Erziehungstherapie im engeren Sinne; in einem Anhang gibt er den Nervösen noch Ratschläge hinsichtlich ihrer Lebensweise mit. Wir wünschen dem kleinen Buche eine recht grosse Verbreitung. S.

Die wichtigsten Grundsätze der Krankenernährung. Allgemein orientierender Vortrag. Von Dr. P. Rodari. gr. 8°. 17 S. München 1907. Verlag der „Ärztlichen Rundschau“ (Otto Gmelin). Preis 0,60 M.

Der Vortrag hält mit seiner übersichtlichen, die Prinzipien, auf die es bei der Krankenernährung ankommt, in grossen Zügen entwickelnden, gut verständlichen Darstellungsart das, was mit seiner Bezeichnung allgemein orientierend von ihm versprochen wird, in ansprechender Form und guter Ausführungsweise. Schwab (Berlin-Schöneberg).

Digitized by Google

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Behandlung eines Naevus vascularis mit Radium. Von Wickham und Degrais.

Das Kind hatte bei der Geburt auf der rechten Wange einen kleinen roten Fleck, der sich allmählich vergrösserte und über die Haut herauswuchs. Im 6. Monat hatte der Naevus die Grösse eines 50 Centimes-Stückes erreicht, ragte 2 mm über das Hautniveau hinaus, war tief violett; an der Peripherie ein dichtes Venennetz. Nun wird in 7 aufeinanderfolgenden Sitzungen von je halbstündiger Dauer Radiumbromid appliziert; als Reaktion zeigt sich nach 15 Tagen Rötung und Bildung einer Kruste, die abfällt; von da an nahm die Rötung täglich mehr ab. Zur Zeit der Publikation ist an der Stelle des Naevus eine leicht rosarote flache Hautpartie mit leicht violetter zentraler Region. Epidermis von normalem Aussehen, Haut weich, das periphere Venennetz ist verschwunden. Kaum 3 Monate hatte die Behandlung gedauert, davon nur $3^1/_2$ Stunden effektiver Therapie.

(Annal. d. Dermat. 1906.) H. Netter (Pforzheim).

Wirksamkeit der Kalziumsalze bei der Behandlung der Urtikaria, des akuten Ödems, der Erfrierungen und des Pruritus. Von A. Netter.

Verf., der auf die Empfehlung von A. E. Wright hin das Chlorkalzium bei Behandlung der Urtikaria mit Erfolg angewandt hatte, berichtet nun über nicht weniger befriedigende Resultate bei der Behandlung des akuten Ödems und der Erfrierungen. Nach Wright ist die Urtikaria die direkte Folge der Herabsetzung der Blutgerinnbarkeit; aus diesem Grunde muss aber der Gehalt des Blutes an Kalzium erhöht werden. Hierzu kommt eben noch die antitoxische Wirkung des Kalzium Jon gegenüber dem Sodium Jon und der übrigen, die Urtikaria hervorrufenden toxischen Substanzen. Die Kalziumsalze beeinflussen übrigens durch Unterdrückung der Eruption auch das Hautjucken sehr günstig, wie sie ja auch schon vor Jahren durch Savill als eines der besten Heilmittel gegen den essentiellen Pruritus empfohlen wurden.

(Compt. rend. hebdom. des sc. soc. biol. 1907, Nr. 10.)
H. Netter (Pforzheim).

Behandlung von Ösophagusstrikturen mit Thiosinamin. Von E. Hagenbach.

Beide im Kinderspital in Basel behandelten Fälle wurden geheilt. Über den ersten hat bereits K. Schneider in Nr. 11, 1905, des Korr.-Bl. berichtet. Der zweite Fall betrifft einen 4 jährigen Knaben, der im Oktober 1906 eine ziemliche Menge Kalilauge getrunken hatte. Derselbe wurde im Zustand äusserter Abmagerung mit beständigem Erbrechen nach jedem Versuch der Nahrungsaufnahme im Februar 1907 im Kinderspital in Basel aufgenommen. Durch Sondierung wurde eine Striktur des Ösophagus konstatiert, 20—24 cm von der Zahnreihe entfernt, durchgängig für eine Sonde von $2^1/_2$ mm. Es wurde nun sogleich mit der Thiosinamin-Behandlung begonnen und zwar wurde Fibrolysin zuerst 1,0, später 1,5 subkutan, alle 2 Tage, gegeben. Schon kurze Zeit nach Ein-

Digitized by Google

leitung dieser Behandlung trat eine derartige Lockerung der Narbe ein, dass eine Sonde von 6 mm leicht passierbar war. — Zugleich Aufhören des Erbrechens, gewaltige Esslust und Zunahme des Körpergewichts. Bei der Vorstellung in der medizinischen Gesellschaft in Basel am 6. Juni 1907 passierte eine Sonde von 1 cm leicht die narbige Partie. Zunahme des Körpergewichts während der Behandlung 4,8 kg. — In der Diskussion bemerkt F. Suter, dass er bei zwei Patienten mit Urethral-Striktur mit Thiosinamin keinen Erfolg erzielt habe.

(Korrespndzbltt. f. Schweizer Ärzte 1907.)

H. Netter (Pforzheim).

Kleine Mitteilungen.

Am 15. Dezember d. J. findet zu Frankfurt a. M. eine Versammlung der Vereinigung Südwestdeutscher Kinderärzte statt. Anfragen, Anmeldung von Vorträgen u. a. sind zu richten an Dr. Cahen-Brach, Schriftführer, Frankfurt a. M. 45, Eppsteinerstrasse.

Von der Firma: „Deutsche Milchwerke Zwingenberg (Hessen). Erste Musteranlage zur Herstellnng von Kindermilch" wird ein, das Biedertsche Ronnogen betreffendes Flugblatt verbreitet, welches wohl geeignet sein dürfte, unseren mühevollen Bestrebungen, welche dahin zielen, unsere Mütter zum Selbststillen zu veranlassen, entgegenzuarbeiten, insbesondere da das Präparat auch den Namen seines in den weitesten Kreisen des Publikums als Autorität auf dem Gebiete der Pädiatrie betrachteten Erfinders, des Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Biedert in Strassburg gedeckt ist. Einzelne Stellen des Flugblattes seien hier wörtlich angeführt und dem Nachdenken unserer verehrten Leser anempfohlen. Es heisst dort u. a.: „Prof. Dr. Biederts R. Ein allbewährtes Nährmittel für das gesunde und kranke Kind. Für das gesunde Kind, wenn Muttermilch fehlt und Kuhmilch nicht zu beschaffen ist, leistet R. unschätzbare Dienste. Es wird gleich nach der Geburt gerne genommen und gibt überraschend gute Nähr-Erfolge. . . . . R. wird als ‚eine der grössten Wohltaten für die Kinder' bezeichnet. — Für kranke und schwächliche Kinder, namentlich für solche, welche an Darmstörungen leiden, ist R. jederzeit mit sicherem Erfolge (!) zu gebrauchen." — In den abgedruckten Zeugnissen heisst es u. a.: „R. wirkt geradezu Wunder." Und ein anderes Mal: „Das Kind war, man kann sagen, erstorben — der Arzt gab es auf, der anwesende Militärarzt hielt es für tot. Da kam meine Schwägerin — und brachte eine Büchse R. — wir gaben ihm ständig — liessen nicht nach und siehe, das Kind erholte sich." — Ohne bestreiten zu wollen, dass das Biedert'sche R. in recht zahlreichen geeigneten Fällen günstig bei der Säuglingsernährung wirken kann, muss doch einer unterschiedslosen Verallgemeinerung des Präparates als Nährmittel für das gesunde und kranke Kind auf das Entschiedenste von ärztlicher Seite dem Publikum gegenüber entgegengetreten werden. S.

Verlag von Benno Konegen, Leipzig — Druck von Julius Beltz, Hoflieferant, Langensalza.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

113545

COUNTWAY LIBRARY
HC 1Z1Y E

U HOLZER

Digitized by Google

Digitized by Google